UNIVERSITÉ DE PARIS. — FACULTÉ DE MÉDECINE

ANNÉE 1905

THÈSE

N° 52

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 20 Juillet 1905

PAR

Léon NONIQUE

Né le 27 juillet 1878 à Bélâbre (Indre)

SCLÉROSE RÉTRACTILE ECCHYMOTIQUE DE L'ANNEAU VULVAIRE

KRAUROSIS VULVÆ

Président. . .	M. POZZI, *professeur.*
Juges . . .	MM. POIRIER, *professeur.*
	RIEFFEL, *agrégé.*
	MORESTIN, *agrégé.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

G. JACQUES, ÉDITEUR

14, RUE HAUTEFEUILLE, 14

1905

LANE LIBRARY

A LA MÉMOIRE DE MES CHERS GRANDS-PARENTS

A MA MÈRE

FAIBLE TÉMOIGNAGE DE MA PROFONDE RECONNAISSANCE

A MON BEAU-FRÈRE ET A MA SŒUR

A MON ONCLE ET A MA TANTE

A TOUS MES MAITRES

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR POZZI

Professeur de Clinique gynécologique à la Faculté de Médecine de Paris,
Chirurgien de l'hôpital Broca,
Membre de l'Académie de Médecine,
Commandeur de la Légion d'Honneur.

AVANT-PROPOS

Arrivé à la fin de nos études médicales, nous nous faisons un devoir d'exprimer notre profonde reconnaissance et nos sincères remerciements à tous les Maîtres, dont nous avons reçu les précieux enseignements.

A nos Maîtres de l'Ecole de Médecine de Poitiers qui furent nos premiers éducateurs.

A nos Maîtres de la Faculté et des Hôpitaux de Paris dont l'enseignement si élevé et les éminentes leçons nous furent d'une si grande utilité dans l'achèvement de nos études.

A M. le Dr Jayle nous devons le sujet de cette thèse. Frappé depuis longtemps de la fréquence relative des cas de « sclérose rétractile ecchymotique de l'anneau vulvaire », il nous fit observer que cette affection était peu connue en France, et nous suggéra l'idée d'en faire le sujet de notre thèse inaugurale. Qu'il nous permette ici de lui exprimer nos sentiments de profonde gratitude pour la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée et les conseils éclairés, dont il a bien voulu nous faire part.

Nous remercions vivement M. le Dr X. Bender, chef de laboratoire à l'hôpital Broca, qui a eu l'amabilité de nous prêter son précieux concours pour les recherches anatomo-pathologiques.

Nous sommes heureux d'exprimer notre profonde reconnaissance à M. le Professeur Pozzi, dont les magistrales, leçons et

les cliniques si précises ont, durant notre stage dans son magnifique service de Broca, contribué pour une large part à notre éducation chirurgicale et gynécologique.

Qu'il reçoive nos plus respectueux remerciements pour le très grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

INTRODUCTION

Ayant pu réunir plusieurs cas de kraurosis de la vulve, nous avons pensé à faire une étude complète de cette affection encore peu connue en France.

Il nous a paru intéressant, la plupart des travaux faits jusqu'ici, depuis Breisky, sur cette lésion n'étant basés que sur des observations d'auteurs étrangers, principalement allemands et anglais, de publier à titre de documents nouveaux les relations des cas que nous avons étudiés sous la direction de M. le Dr Jayle à la consultation gynécologique du service de M. le Prof. Pozzi à l'hôpital Broca.

Remontant aux sources mêmes des auteurs étrangers, que nous avons fait soigneusement traduire, nous montrerons l'opinion de ces différents observateurs sur cette question, et chercherons à apporter d'après nos observations personnelles, à la suite des travaux en France de Leroy des Barres, Pichevin, Aug. Pettit et Arnoux, quelques éléments nouveaux sur cette maladie encore si peu connue et si peu étudiée, du moins dans notre pays.

HISTORIQUE

Le kraurosis de la vulve appartenant aux affections rares des organes génitaux de la femme, il nous faut, depuis l'année 1885 où, sous cette dénomination Breisky se basant sur douze des cas examinés par lui, décrivait la rétraction spéciale atrophique des organes génitaux externes féminins, arriver en France jusqu'en 1897, époque où parurent les travaux de Pichevin et Aug. Pettit, Leroy des Barres et Arnoux pour trouver dans la littérature médicale française mention de cette maladie.

Durant ce long laps de temps de douze années, les auteurs allemands et anglais fournirent seuls des documents sur cette intéressante question.

Aussi allons-nous passer en revue pour ainsi dire année par année la liste de ces différents auteurs et émettre succinctement leurs opinions divergentes.

Mais d'abord une question se pose au début de cette étude historique.

Est-ce bien à Breisky que revient l'honneur d'avoir, en 1885, le premier décrit ce qu'il appelle le « Kraurosis vulvæ ». Déjà dès l'année 1875, dix ans plus tôt par conséquent, un savant anglais Lawson-Tait signalait sous le nom de « vascular degeneration of the nymphal with atrophy of the mucous membran » un état morbide qui sous tous les rapports correspond à la relation de Breisky. Tait se basant sur l'examen histologique pratiqué dans l'un des cas, conclut que toute la maladie consiste en somme en une atrophie progressive de toute la muqueuse, les derniers tis-

sus atteints étant les capillaires et les fibrilles nerveuses. Le professeur de Birmingham lui-même voit dans la description de Breisky la confirmation de ses observations personnelles ainsi qu'il le mentionne dans son ouvrage « Diseases of women and abdominal surgery », paru en 1889. C'était d'ailleurs l'opinion de son compatriote Hermann.

Néanmoins il faut reconnaître que Breisky fut le premier à attirer l'attention par une étude détaillée sur cette curieuse affection qui jusqu'à lui était en somme presque passée inaperçue. Il s'exprime ainsi : « La peau des organes génitaux se présente blanchâtre, desséchée, recouverte parfois d'un épiderme épais, un peu rude depuis le gland du clitoris, ensuite sur une partie de la peau entre le clitoris et le méat de l'urethre, jusqu'au frein des lèvres. Les parties voisines de la peau sont brillantes, sèches, d'une couleur gris rosâtre, parsemées aussi de taches blanchâtres et pénétrées par de petits rameaux de vaisseaux. Les glandes sébacées, en général en quantité très minime. Un rétrécissement plus ou moins accusé du vestibule du vagin complète le tableau de la maladie ».

Comme suite à ses études, un de ses élèves, Fleischman, fit paraître en 1886 une publication, où il relatait avoir observé dans la clinique même de Breisky cette affection huit fois sur 1.550 malades. Dans quatre de ces cas, il trouva nettement la stenose vestibulaire avec sécheresse, état lisse et cicatriciel de la peau avec absence de petites lèvres. Dans un cas même l'atrophie était unilatérale.

En 1888, Janowsky signale six cas de kraurosis. Dans un de ces cas il y eut œdème sclereux syphilitique. La même année Heitzmann publie quatre observations de cette maladie, dont une chez une vierge de 35 ans.

Orthmann en 1889, dans la Clinique de Martin, put faire quelques constatations intéressantes parmi les cinq cas qu'il observa au point de vue du traitement et de l'anatomie pathologique de la lésion. Il signale le prurit intense, la sténose vestibulaire, la sécheresse et la rétraction atrophique de la peau des organes génitaux externes existant chez ces malades. Il note que le

kraurosis de la vulve, peut, indépendamment des cas où il est observé comme trouvaille accidentelle, causer des symptômes excessivement pénibles et désagréables, en même temps que des douleurs atroces. Les malades se plaindraient, en outre, de pruvit très intense, d'une sensation de brûlure dans les organes génitaux externes surtout pendant la miction.

Ohmann-Dusmenil, en 1890, en quatre cas de kraurosis qu'il publie insiste surtout sur le rôle du prurit.

En 1891, dans la « Northwestern-Lancet », Hallowel décrit un cas dans lequel après une déchirure complète du périnée, la vulve devint si étroite qu'elle permettait à peine l'introduction d'un doigt. Il y eut leucorrhée et infection par les matières fécales. L'auteur trouve à l'examen local une atrophie des grandes et des petites lèvres et du clitoris. La muqueuse était pâle, sèche, friable. Il fit à la malade une périnéorraphie.

Frederick, la même année rapporte un cas de kraurosis chez une femme âgée de 39 ans, malade depuis 19 ans. Mais sa description manque de précision et l'on ne peut dire s'il s'agit réellement de cette affection ou de prurit simple. A la même époque paraît le travail de Smith.

En 1892, dans « l'Australian medical Journal », Adam fait paraître un article sur le kraurosis. De son côté Bartels cite un cas d'atrophie vulvaire avec prurit intense.

Hatchette, en 1893, publie les observations de trois malades atteintes de prurit en même temps que d'atrophie de la vulve. L'atrophie de la muqueuse dans un des cas était fortement prononcée.

En 1896, l'Américain Reed dans « Annals gynecology and obstetric Journal New-York » rapporte six cas de kraurosis. Cet auteur pense que l'atrophie progressive de la vulve est une affection déterminée, rare, et d'origine inflammatoire. Rona cite également alors l'observation d'une femme infectée par son mari 18 ans auparavant. Il existait du prurit depuis six ans, mais il n'est pas facile de dégager si l'atrophie concomitante était réellement bien marquée et quel était le rôle du prurit. Martin ajoute aussi trois nouveaux cas à ceux publiés antérieure-

ment par Orthmann. il insiste surtout sur les symptômes de l'affection et décrit minutieusement la sensation de douleur et de chaleur, le prurit dont se plaignaient ses malades. La difficulté à lamiction était aussi un symptôme constant de même que la gêne pendant la marche et la douleur pendant le coït qui étaient poussées au plus haut degré. La disparition des petites lèvres et l'affaissement des grandes lèvres étaient caractéristiques.

Sänger émet cette opinion que le kraurosis est une atrophie progressive sénile ou pré-sénile de la vulve avec pachydermie.

Pendant les deux années qui vont suivre en 1895 et 1896 les auteurs qui s'occupèrent du kraurosis contribuèrent pour une large part par les recherches anatomiques qu'ils entreprirent à établir l'histopathologie de cette maladie.

En 1895 Johnstone appelle le kraurosis le « trachon urogénital » et croit cettelésion identique au « trachon » conjonctival. Longyear publie un travail dont la conclusion est que le kraurosis est le résultat d'une trophonévrose. A signaler également les publications de Seligman, Pletzer, et Renicke. Ce dernier auteur étudie les rapports du kraurosis et du prurit.

En 1896 Gordes décrit un cas ayant présenté cette particularité que la lésion cutanée s'étendait jusqu'à l'anus. Czempin rapporte deux cas de kraurosis, dont un compliqué de cancer. Neuman cite un cas analogue, qui au point de vue clinique était du kraurosis et à l'examen histologique en différait. Hermann enfin fournit quelques indications sur le traitement. Il identifie la maladie décrite par Breisky en 1885 sous le nom de kraurosis avec l'affection décrite par Lawson-Tait en 1895 sous le nom de « serpiginous vascular degeneration of the nymphae ».

A la suite de tous ces auteurs étrangers, il nous faut alors citer les premiers observateurs français qui en 1897 publièrent des travaux sur le kraurosis.

C'est alors que parurent dans la « Semaine gynécologique » les articles de Pichevin et Aug. Pettit, qui joignirent à leur mémoire la relation d'une observation de kraurosis compliquée de cancer, de Leroy des Barres, de Labusquière à qui l'on doit de remarquables études sur cette affection. A la suite de ces

travaux, Arnoux fait du kraurosis le sujet de sa thèse inaugurale. A l'étranger Phannenstiel publie un cas qu'il a opéré.

En 1898 l'Allemand Veit observe un cas de kraurosis et fournit certaines données étiologiques. Mars publie un travail dans lequel il décrit en détail une observation qui présentait une particularité intéressante. Cette particularité consistait en ce qu'à côté des modifications caractéristiques du kraurosis des organes génitaux externes les mêmes modifications existaient sur une étendue de trois centimètres sur la paroi inférieure du vagin qui débordait la fente génitale. Mentionnons également les noms en Italie de Lauro, en Amérique de Porter, en Danemark de Mac-Gillavry qui rapporte un cas de dégénérescence carcinomateuse de kraurosis.

En 1899 Gebhard cite dans son ouvrage sur l'Anatomie pathologique des organes génitaux, un cas de kraurosis où il n'y avait aucun processus inflammatoire ni œdème, mais la disparition complète des papilles, une atrophie notable de la couche muqueuse de l'épiderme et prolifération de la couche cornée. Baldy et Williams rapportent la même année un cas de kraurosis, dont ils donnent l'examen anatomo-pathologique très détaillé.

Heller, en 1900, publie une observation de kraurosis chez une vieille fille âgée de 59 ans, ayant souffert de leucorrhée. L'examen histologique le fait conclure à l'origine inflammatoire du kraurosis à l'exclusion de toute participation d'une affection nerveuse.

En 1901, en France, Perrin fait des recherches sur le kraurosis et la leucoplasie vulvaire et arrive à conclure que ces deux affections ne représentent que des degrés différents d'une même entité morbide. Pendant la même année Himmelfarb fait paraître une monographie sur cette affection et rapporte un cas personnel. Ewald publie plusieurs observations de malades atteintes de kraurosis, dont quelques-unes furent opérées par lui et guérirent.

En 1902, Kreis relate un cas de kraurosis coïncidant avec un ulcère rongeant de la vulve. Il paraît alors également un

travail sur le même sujet de Trespe, où sont mentionnés trois cas qu'il a observés dans le service de Phannenstiel, à la clinique de Breslau. La première de ces observations avait déjà été publiée antérieurement (en 1897) par Phannenstiel lui-même. Dans les deux autres cas l'excision fut pratiquée, mais les résultats obtenus ne furent durables que chez une seule malade. La même année Rosenstein, Jung et Darger font paraître des publications sur le kraurosis. Jung fait une étude anatomo-pathologique de cette affection compliquée de cancer. Darger soulève la question de savoir si le kraurosis est bien une entité morbide distincte, mais sans la résoudre. D'après ses recherches histologiques, le kraurosis aurait pour point de départ une lésion des vaisseaux avec œdème aboutissant à l'atrophie.

En 1903, Szasz étudie la question des rapports de la leucoplasie avec le kraurosis, et comme Janowsky, trouve une corrélation entre ces deux affections. La même année, Patacho en Italie et Stower en Amérique publient de nouveaux cas de cette maladie, et Stower le premier essaye de la combattre par les rayons X.

Signalons enfin pour terminer ce long historique du kraurosis de la vulve, la publication en France en 1904 par Boursier d'un cas qu'il observe. Allegrini en Italie fait une étude sur le kraurosis dans la « Revista veneta ». En dernier lieu, tout récemment en Allemagne, Jung reprend la question déjà soulevée par Darger, à savoir si le kraurosis est réellement une entité morbide distincte. A la suite d'un examen histologique qu'il pratique sur des tissus vulvaires ne présentant pas microscopiquement les signes du Kraurosis et histologiquement au contraire le tableau typique de cette affection il en arrive à conclure que le kraurosis n'est que le stade ultime de la vulvite chronique.

ETIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

L'étiologie et la pathogénie du kraurosis de la vulve sont obscures. Nous n'en savons presque rien.

La maladie s'observe chez l'adulte dès l'âge de 20 ans, aussi bien que chez les vieilles femmes, voire même chez des vierges. Une de nos malades, âgée de trente ans, dont nous relatons l'histoire dans nos observations personnelles, présente des lésions presque identiques à une autre âgée de plus de 60 ans. Le kraurosis existe aussi bien chez les femmes mariées pendant et en dehors de la grossesse. Certains auteurs cependant signalent cet état comme prédisposant à l'affection.

Janowsky accorde quelque importance à la gonorrhée et à la leucoplasie vulvaire, et surtout aux ulcérations syphilitiques. Cette affirmation ne saurait être admise sans conteste. Lawson-Tait va même jusqu'à dire que la syphilis n'a été rencontrée dans aucun cas. Sans suivre cet auteur dans cet ordre d'idées, nous ferons remarquer que les cas de kraurosis publiés alors étaient peu nombreux. Nous ajouterons cependant que Levin qui a eu l'occasion d'examiner à la Clinique de la Charité de Berlin jusqu'à 80.000 femmes syphilitiques n'a jamais observé un seul cas de kraurosis. Dans nos recherches personnelles nous n'avons rencontré que deux fois la spécificité.

Les indications de quelques auteurs sur la valeur étiologique de la blennhorragie, de la leucorrhée, des irritations extérieures semblent être des facteurs de même nature.

Veit pense cependant que diverses affections génitales anté-

rieures peuvent conduire à la rétraction et l'atrésie vulvaire qui débute habituellement par des modifications inflammatoires. Mais pour cet auteur, dans nombre de cas, le kraurosis est consécutif au prurit, qui est souvent d'ailleurs un symptôme de début.

Quant au rapport du prurit avec le kraurosis, Veit fait l'hypothèse suivante. Dans le prurit, on observe des cas dans lesquels la peau ne présente aucune modification ; on peut alors admettre que la maladie ne dure pas depuis longtemps, ou que la malade n'éprouve pas de démangeaisons très violentes. Les modifications de la vulve ne surviendraient que secondairement, à la suite du grattage.

Il peut également se présenter qu'une affection catarrhale du canal génital et de la vessie, ou une modification qualitative de l'urine surviennent en premier, qu'elles provoquent la sensation de prurit, d'où grattage et consécutivement des modifications du côté du revêtement cutané de la vulve, modifications qui appartiennent anatomiquement aux inflammations chroniques. Après une période plus longue reste la sensation de prurit et l'inflammation cutanée peut également persister, alors que la maladie qui l'avait provoquée est guérie. L'affection cutanée devient pour ainsi dire indépendante. Il n'est alors pas difficile d'admettre que lorsqu'il y a eu une modification du côté de la peau très intense, avec infiltration de petites cellules et inflammation, il peut se produire une atrophie importante — le kraurosis. Si toutes les femmes ne se plaignent pas de prurit, il est évident qu'il y a là une question de pudeur.

En somme d'après Veit, le kraurosis est donc : l'atrophie et la rétraction de la vulve qui se produit à la suite d'une inflammation cutanée, causée par le grattage que provoque le prurit.

Ce qui rend cette hypothèse assez plausible, c'est la fréquence des différentes formes de prurit vaginal et vulvaire. Ce prurit est fréquent chez les femmes âgées à l'époque de la ménopause, fréquent aussi à l'approche des règles et pour certaines femmes il est l'avant-coureur de la menstruation, tandis que pour d'autres il apparaît après la cessation de l'écoulement. Enfin cer-

taines névroses peuvent exciter les secrétions de l'appareil génital qui déterminent secondairement le prurit.

Bartels, enfin, émet l'opinion que le processus kraurotique est le résultat d'une trophonévrose. Les constatations anatomo et histopathologiques la rendent acceptable.

Cette dernière théorie va nous permettre de nous appesantir sur une hypothèse que nous trouvons à peine signalée dans les auteurs, mais à laquelle, d'après nos observations personnelles, on doit, à notre avis, accorder une grande valeur comme facteur étiologique.

Chez la plupart des femmes qui firent le sujet de nos observations, et présentaient à des degrés différents des lésions kraurotiques, nous avons relevé à l'interrogation et vérifié à l'examen les traces de traumatismes opératoires ayant porté sur les organes génitaux internes. Interrogées, toutes ou presque toutes racontaient la même histoire. Quelques années avant l'époque de l'examen actuel, elles avaient subi les unes une hystérectomie abdominale ou vaginale, les autres une colpotomie. Quelques mois, quelques années après ces opérations, les malades avaient vu survenir sans cause appréciable du prurit vulvaire, de la douleur à la miction, de la pesanteur dans le bas ventre. Le coït qui jusque là s'effectuait normalement devenait douloureux au point que certaines malades avouent avoir cessé tout rapport. Ces malades présentaient donc alors la plupart des symptômes fonctionnels du kraurosis et l'examen physique permettait d'affirmer l'existence de cette maladie.

Ne faut-il pas voir là plus qu'une simple coincidence, mais plutôt une relation de cause à effet. Chez toutes ces malades ayant subi des opérations mutilatrices il existe des troubles déterminés résultant de la suppression ou de l'hypofonction de la glande ovarienne. Outre les troubles mentruels on constate un ensemble de troubles vaso-moteurs et nerveux. Tout l'appareil génital est en quelque sorte, de par ce fait, en état de moindre résistance. Qu'un prurit, que des démangeaisons provenant d'une cause quelconque ou peut-être même sous la dépendance de ces troubles mêmes surviennent, il est possible que des

modifications du côté du revêtement cutané de la vulve dues sans doute à des lésions trophonévrotiques apparaissent, amenant ainsi insensiblement et d'une façon progressive la rétraction et l'atrophie des organes génitaux externes, en somme produisant le processus kraurotique.

Quelques assertions d'auteurs étrangers viennent d'ailleurs donner un appui à cette hypothèse. C'est ainsi qu'en 1900 Himmelfarb assigne comme principal critérium étiologique à un cas de kraurosis qu'il observe, un curetage pratiqué quelques temps auparavant. Mais déjà Hermann, en 1895, avait attiré l'attention sur la fréquence du kraurosis après de la ménopause et à la suite de l'ovariotomie.

Pour terminer cette étude sur l'étiologie et la pathogénie du kraurosis nous soulèverons avec Darger la question de savoir si cette affection est une maladie essentielle, déterminée ou non. Tout récemment en 1904 Jung reprend ce problème. Il fait l'examen histologique des tissus de la vulve chez des malades opérées pour d'autres affections, et qui cliniquement ne présentaient pas de symptômes de kraurosis. Il trouve microscopiquement des lésions caractéristiques de kraurosis et conclut que cette affection ne doit être envisagée que comme le stade terminal d'une vulvite chronique. Histologiquement il n'y a entre ces deux maladies qu'une différence quantitative et non qualitative.

Quoi qu'il en soit, comme nous le faisions remarquer en tête de ce chapitre, il faut bien reconnaître que même, à l'heure actuelle, après tous les travaux des auteurs sur ce sujet, nous savons peu de choses sur l'étiologie et la pathogénie du kraurosis de la vulve.

SYMPTOMATOLOGIE. MARCHE

PRONOSTIC. TRAITEMENT

Le kraurosis de la vulve (de κραυροω je rétrécis, je retouche) est, suivant la définition de Breisky modifiée par Leroy des Barres à qui nous l'empruntons, « un processus d'atrophie portant sur la peau et la muqueuse des organes génitaux externes de la femme, et déterminant la rétraction des parties atteintes et le rétrécissement progressif du vestibule du vagin avec toutes les conséquences qui en découlent ».

Cette affection étant peu connue — parce que passant souvent inaperçue, la symptomatologie en est encore touffue, imprécise. Lawson-Tait en retraçait ainsi l'aspect clinique en 1877 dans son livre de « Diseases of women ».

« Cette affection, dit-il, une des plus ennuyeuses et une des plus rebelles que j'ai rencontrées, survient généralement au moment ou après la ménopause. Elle est très souvent si ce n'est toujours associée aux caroncules vasculaires du méat urinaire.

Les petites lèvres sont le siège d'une atrophie particulière qui est toujours limitée à leur face interne et je ne l'ai jamais rencontré sur les grandes lèvres ou sur le vagin plus haut que le vestibule. Elle est très souvent cause de suppression totale des rapports sexuels et dans les trois quarts des cas c'est elle qui constitue le prétendu vaginisme. On constate presque toujours que les malades auront atteint ou dépassé la quarantaine,

qu'elles ont un écoulement jaunâtre, une sensation de cuisson au moment de la miction et qu'elles souffrent horriblement à chaque tentative de coït. Ce dernier symptôme est presque toujours le premier en date. Les rapports sexuels sont interrompus depuis plusieurs mois. Les souffrances sont grandes.

Si on peut examiner la malade dès le début, on constatera sur la muqueuse vulvaire, après avoir écarté les lèvres, deux ou trois taches rougeâtres dont la teinte varie du rouge brique au rouge pourpre intense. Elles sont extrêmement sensibles au toucher. En les observant avec soin, on voit qu'elles sont légèrement élevées au dessus de la muqueuse normale.

Si l'on a l'occasion de les suivre pendant quelque temps, on trouvera que ces taches sont temporaires, et se propagent lentement. La coloration rougeâtre peut disparaître après une durée de quelques mois, puis apparaître ailleurs, s'étendre en traînées serpigineuses et s'effacer aux anciennes places, à mesure qu'elle en envahit de nouvelles.

La marche de l'affection est donc très lente, et c'est ce qui explique qu'elle est rebelle à tout traitement, car elle ne se termine généralement qu'après avoir intéressé successivement toute la surface muqueuse des petites lèvres.

L'entrée du vagin se rétracte lentement, de sorte qu'elle peut être si réduite qu'elle permettra à peine l'introduction du doigt, même si la malade a eu plusieurs enfants ».

Grande douleur, vascularisation tout à fait anormale des taches, leur tendance à saigner, et enfin la contraction de toute la surface pendant la période terminale, tels sont les trois caractères cliniques distinctifs de cette affection d'après Lawson-Tait.

Breisky, se basant sur les douze cas qu'il a eus l'occasion d'observer, a remarqué les particularités cliniques suivantes, et dit ce qui suit : « Absence apparente de petites lèvres les téguments passant du Mont de Vénus au méat urinaire par dessous le clitoris sans former de replis de la muqueuse. On observe parfois une bande cicatricielle sur la ligne médiane du vestibule.

Le clitoris est tantôt tout à fait caché par les téguments, tantôt

il est situé au dessous d'une petite dépression ronde. En écartant les grandes lèvres on voit que la muqueuse au dessous de l'urèthre est étirée, et forme comme un pli transversal. La conséquence de cette atrophie est une sténose vestibulaire, et les tissus deviennent friables et rigides. Par conséquent on verra se produire après l'accouchement des déchirures étendues et même à la suite du coït il pourra survenir des fissures douloureuses. Au point où l'atrophie est plus marquée, les tissus sont blanchâtres et secs, parfois recouverts d'un épiderme épais, tandis que les parties voisines sont brillantes, sèches et de coloration gris rougeâtre. On observe parfois des taches blanchâtres et par places de petits nœuds d'ectasie vasculaire. Le reste de la vulve ne présente rien d'anormal en dehors d'un relâchement et amaigrissement marqués ».

Ces deux descriptions donnent un tableau clinique complet du kraurosis, mais cependant il semble qu'il soit possible de définir cliniquement cette maladie d'une façon plus précise encore et d'insister sur quelques symptômes qui ont été peu ou mal décrits.

Nous distinguerons d'abord pour plus de facilité deux grands ordres de symptômes, les signes fonctionnels ou subjectifs, et les signes physiques ou objectifs.

Signes subjectifs. — Le début de l'affection est ordinairement insidieux. Aussi les malades viennent-elles rarement consulter pendant cette période. Le plus souvent c'est par hasard au cours d'un examen gynécologique, ou lors d'un accouchement que l'on constate le kraurosis de la vulve. Cependant certains auteurs allemands et parmi eux Orthmann ont signalé dans certaines de leurs observations, que nous reproduisons d'ailleurs parmi nos pièces justificatives, ce fait, que des malades étaient venues consulter exclusivement pour cette affection, un signe fonctionnel, le plus souvent du prurit vulvaire ou de la douleur pendant les rapports ayant attiré spécialement leur attention de ce côté.

Le prurit vulvaire et la douleur pendant le coït, sont, en effet, parmi les premiers symptômes douloureux.

Le prurit est ordinairement assez intense au niveau des orga-

nes génitaux externes, fortement augmenté pendant la nuit. Dans les observations que nous avons recueillies ce prurit existait presque toujorus. Plusieurs de nos malades en faisaient remonter l'apparition à quelques mois ou quelques années après l'opération mutilatrice qu'elles avaient subie ; ce qui viendrait à l'appui de l'hypothèse que nous émettions dans le chapitre de l'étiologie, à savoir que le kraurosis succéderait souvent à un traumatisme opératoire portant sur les organes génitaux internes.

Ce prurit est essentiellement variable en intensité et revêt des modalités différentes. Certaines malades se grattent peu ou à peine. D'autres ont des démangeaisons tellement intolérables qu'il peut en résulter localement des ecchymoses, des ulcérations masquant la maladie elle-même.

A ce prurit se joint ordinairement une sensation de tension, de pesanteur et de tiraillement dans le bas-ventre, de chaleur et de brûlure au niveau des organes génitaux. La douleur est parfois atroce et peut même revêtir un caractère névralgique qui est signalé dans quelques observations, mais que nous n'avons jamais rencontré au cours de nos recherches personnelles. De plus la miction peut être difficile et douloureuse, et parfois même on a vu survenir l'incontinence d'urine.

Le coït est toujours pénible. Beaucoup de femmes qui n'avaient jamais éprouvé de douleur pendant les rapports s'abstiennent ou même les cessent complètement. Et là nous ne pouvons que répéter cette idée que nous avons déjà émise plusieurs fois, c'est que presque toujours dans nos observations nous avons constaté que cette douleur pendant le coït était apparue quelque temps après une opération mutilatrice, et qu'elle n'avait jamais existé auparavant.

L'introduction du doigt dans le vagin est toujours douloureuse, parfois même impossible. A plus forte raison l'introduction du speculum est-elle le plus souvent impossible. Mais ce qu'il faut remarquer, c'est le contraste existant entre l'intensité de ces phénomènes douloureux et le degré d'atrésie du conduit vaginal qui n'est pas toujours très accentuée. Peut-être, ainsi que

le dit Arnould, le manque de souplesse et la sécheresse des téguments concourent-ils à ce résultat.

On a signalé aussi l'existence d'une leucorrhée concomitante, ce qui a permis à quelques auteurs d'en faire un facteur étiologique, cette leucorrhée amenant la production d'éruptions, d'où grattage.

A côté de ces symptômes fonctionnels, il existe peu de symptômes généraux. L'état général est bon. La plupart des malades ne sont pas amaigries, elles n'ont ni fièvre ni albumine ; et si, quelquefois nous avons constaté la présence de céphalée, de bouffées de chaleur, d'asthénie neuro-musculaire, perte de la mémoire, ce sont plutôt des symptômes dûs à l'insuffisance ovarienne post-opératoire qu'au kraurosis lui-même.

Signes objectifs. — Ce qui frappe au premier abord lorsqu'on examine des organes génitaux atteints de lésions kraurotiques c'est l'aspect spécial qu'ils révètent, les déviations notables de l'état normal qu'ils présentent.

Les poils de la région sont le plus souvent rares, cassant, diminués de longueur, grisonnant même chez des malades jeunes encore. Les parties génitales dans leur ensemble sont le plus souvent anémiées, d'une couleur gris blanc, nacre de perle. Elles sont sèches, lisses, brillantes.

Les grandes lèvres ne forment plus généralement que deux replis ne débordant que très peu la peau voisine et se perdant insensiblement avec le tissu environnant. Elles sont alors amincies, diminuées de volume et d'épaisseur, n'offrant pas au toucher la fermeté et la consistance qu'elles ont normalement. D'autres fois elles ont conservé leur aspect normal, ou sont même quelque peu œdématiées et violacées. On peut enfin observer sur leur surface externe des plaques blanchâtres, des déchirures plus ou moins superficielles, sans infiltration notable, mais très douloureuses, des excoriations, résultant du grattage. A l'encontre de ce qu'on observe dans l'atrophie sénile, les veines sont peu saillantes et ont disparu pour la plupart.

Les nymphes sont réduites le plus souvent à l'état de petites saillies, de bourrelets longitudinaux, car c'est sur elles que

porte principalement le processus kraurotique. Elles sont ratatinées, ridées, flétries. Leur muqueuse est d'un blanc grisâtre, comme le reste de la vulve et n'a plus la couleur rosée qu'elle présente à l'état normal. Souvent elles sont d'inégale longueur ou largeur, la droite plus souvent raccourcie que la gauche. Elles ne sont séparées des grandes lèvres que par un sillon peu profond.

« Le clitoris, dit Arnoux, est aussi fréquemment atteint. Sans parler de sa disparition complète qui est signalée, on voit souvent l'atrophie plus ou moins complète de son capuchon et de son frein. Quelquefois le gland seulement est atteint et il peut disparaître seul ».

Le méat urinaire est souvent rétréci. Nous l'avons vu plusieurs fois entouré de quelques granulations rouge-jaunâtres surelevées au-dessus de la muqueuse.

Si après avoir écarté les grandes et les petites lèvres on examine l'orifice vaginal on constate qu'il est rétréci, rigide. Il affecte le plus souvent aussi un aspect spécial, bien caractéristique, fait que nous ne trouvons signalé par aucun des auteurs qui se sont occupés du kraurosis, mais que nous avons cependant trouvé chez la plupart des malades que nous avons observées. L'entrée en est en effet cordiforme, en forme de cœur de carte à jouer, aspect d'autant plus apparent que l'on écarte davantage les petites lèvres. Quelquefois nous l'avons vu infundibuliforme, en forme d'entonnoir, non pas seulement chez des femmes obèses, mais chez des malades amaigries.

Un autre signe physique bien spécial à la maladie que nous décrivons, est la présence sur toute la muqueuse de la face interne des petites lèvres et du pourtour de l'orifice vaginal de petites plaques rougeâtres, ou brun rougeâtres. Ces taches non saillantes, non ulcérées, ne disparaissant que sous une forte pression, sont de nombre et de dimensions variables. On peut en rencontrer un très petit nombre, deux ou trois, ou encore huit dix, ou un très grand nombre, trente quarante et plus. Elles sont souvent plus accentuées, plus nombreuses d'un côté que de l'autre, formant parfois à droite et à gauche de l'orifice vaginal

des placards rougeâtres d'un centimètre, un centimètre et demi, qui sont reliés entre eux par une sorte de traînée rougeâtre qui suit la commissure postérieure, de préférence à la région clitoridienne où elle est peu marquée.

Certaines de ces taches sont ecchymotiques, vasculaires, d'autres au contraire sont pâles, prennent un aspect opalin, blanc grisâtre, à surface lisse et brillante. Ces deux sortes de taches peuvent coexister chez la même malade, mais cependant le plus souvent elles affectent l'un ou l'autre type ; ce qui a pu faire dire à certains auteurs que ces changements d'aspect et de coloration correspondaient à des stades différents de la maladie, les premières se manifestant surtout au début de l'affection, les secondes se produisant à un stade plus avancé du processus scléreux.

Ces taches, de quelque coloration qu'elles soient, ne franchissent jamais les limites du pourtour de l'orifice vaginal. Elles ne se continuent jamais le long des parois du vagin. Dans un de nos cas où le kraurosis coexistait chez la même malade avec la présence de vulvite hémorrhagique, un fin piqueté ecchymotique alternait sur le pourtour de l'orifice vaginal avec les taches kraurotiques, mais au speculum on constatait seul le piqueté hémorrhagique sur les parois vaginales et même sur le col de l'uterus, mais aucune tache de kraurosis n'y existait.

La commissure postérieure, enfin, est rétractée, car si on essaye, comme le dit Leroy des Barres, « de déprimer la périnée, avec le doigt introduit dans le vagin, on constate non pas seulement un défaut d'élasticité, mais de plus on sent comme une sorte de bride fibreuse et résistante située dans le tissu cellulaire sous-cutané et sous-muqueux de la région ». Les lésions sont parfois unilatérales, comme dans quatre cas de Fleischman.

Les modifications du côté des organes génitaux internes sont peu importantes. L'utérus peut être dévié ou présenter l'aspect de l'uterus sénile, l'âge de la malade n'étant pas en rapport avec l'état atrophique de l'organe, cette atrophie n'existant généralement que chez les femmes âgées.

On a constaté parfois aussi que les parois du vagin étaient lisses, de couleur pâle comme le reste des organes génitaux.

Le catarre utérin est presque constant. La leucorrhée est soit antérieure au kraurosis, d'où son importance étiologique pour quelques auteurs, ou coexiste avec lui et est alors constatée à l'examen.

Marche Durée Le kraurosis ainsi défini, il semble logique de distinguer deux périodes dans son évolution qui est d'ailleurs lente et progressive.

Le début de cette maladie est lent et insidieux, et il faut l'apparition d'un symptôme fonctionnel, prurit, sensation de pesanteur dans le bas-ventre, gêne dans la marche pour attirer l'attention de la malade.

La première période est avant tout une période d'hyperhemie vasculaire, caractérisée par l'apparition sur la muqueuse de la face interne des petites lèvres et sur le pourtour de l'orifice vaginal des plaques rougeâtres. L'atrophie commence dès cette époque. La sténose vestibulaire apparaît. Les modifications du côté des nymphes et des grandes lèvres commencent.

A la deuxième période, l'atrophie continue sa marche envahissante, et atteint tous les organes vulvaires. Les plaques rougeâtres du début prennent l'aspect cicatriciel. Lentement elles pâlissent et deviennent blanches grisâtres, d'aspect opalin. Tout l'appareil génital est alors atrophié dans son ensemble, et cette atrophie, cette sclérose portée alors au plus haut degré coïncide avec le maximum des symptômes fonctionnels.

La marche de la maladie est lente et chronique. Czempin a pu pendant huit ans observer le développement lent de cette affection. Peters au contraire l'a vue progresser rapidement dans l'espace de trois mois.

Pronostic. — Quant au pronostic du kraurosis abandonné à lui-même il est défavorable. Jusqu'à présent on n'a pas décrit un seul cas de guérison spontanée, et d'après les données anatomo-pathologiques, on peut difficilement s'attendre à cette terminaison. Dans quelques cas disparates, celui de Janowsky, Ohmann-Dusmenil, Jung, on observa un arrêt dans la marche de la

maladie, mais dans ces cas la vulve tout entière n'était pas envahie, mais seulement la partie inférieure des grandes lèvres. Le traitement médical n'a que fort peu d'influence sur la marche de cette affection. Le pronostic devient plus favorable lorsqu'on s'adresse au traitement chirurgical. Cependant il faut dire que même les parties atteintes étant excipées, le kraurosis peut récidiver peu de temps après l'opération.

Complications. — Ce qui assombrit d'ailleurs encore le pronostic, ce sont les diverses complications qui peuvent survenir. Elles sont fréquentes et d'ordres différents. Ce sont ou des fissures ou des ulcérations, des ecchymoses au niveau des organes génitaux, résultant le plus souvent du grattage et favorisées par la friabilité des tissus. On a même signalé la transformation du kraurosis en ulcère rongeant de la vulve.

Le kraurosis peut être un obstacle sérieux à l'accouchement. La sténose vestibulaire, le manque de souplesse de l'orifice vaginal, la sclérose de l'anneau vulvaire en un mot, sont autant de causes de gêne à la sortie de la partie fœtale qui se présente. En outre les tissus étant devenus plus friables, il peut en résulter des déchirures parfois considérables.

Une autre complication sérieuse, signalée en particulier dans les observations de Martin, Mars, Czempin, Pichevin et Aug. Pettit et Jung, c'est la possibilité pour le kraurosis de dégénérer en cancer. Mais on n'a pas fourni jusqu'ici la preuve certaine de cette transformation. Néanmoins si cette dégénérescence épithéliomateuse n'est pas prouvée d'une façon absolue, elle est possible, même probable.

Aussi en raison des conséquences graves qui peuvent résulter de l'existence du kraurosis chez une malade, est-il de toute nécessité, malgré que cette affection n'entraîne aucun danger direct pour la vie d'avoir recours à une intervention énergique qui d'après les observations publiées, a un pronostic relativement favorable.

Traitement. — Le traitement sera ou médical ou chirurgical.

Tout d'abord on attaquera le catarrhe vaginal et les inflammations chroniques dûes au gonocoque quelquefois coexistantes,

le prurit de la vulve. Puis il faudra combattre énergiquement l'affection.

Des bains de siège, des applications locales de tanin, d'acide salicylique, les substances antiseptiques tels que le sublimé (Orthmann), le lysol, la créoline (Mars), la formaline, l'ichthyol (Heller) ou dekératinisantes, ou les badigeonnages à la teinture d'iode (Martin) n'ont pas donné de bons résultats. Les pommades à l'oxyde jaune de mercure, les caustiques tels que le nitrate d'argent (Orthmann), l'acide chromique ne semblent pas avoir beaucoup plus réussi.

Ce traitement médical palliatif peut être tenté chez des femmes non mariées ou se trouvant en dehors de la vie sexuelle, chez lesquelles la maladie dure depuis un temps assez long, sans aucune complication. On peut dans ces cas s'abstenir de tout traitement. Lorsque le trouble le plus important est la difficulté dans les rapports on tentera l'opération. Mais dès qu'il y a des complications qui produisent des troubles sérieux, l'opération s'impose. Ces troubles sont-ils de date récente, l'opération présente alors plus de chances de succès, car les complications n'ont pas eu le temps de produire des modifications sérieuses dans les organes correspondants. Il en est de même pour les troubles qui provoquent la douleur.

Au point de vue opératoire, les auteurs visent en général deux points de vue : la suppression de la sténose vestibulaire et l'ablation des tissus atteints.

Breisky cherchait à faire disparaître la sténose vestibulaire en incisant en haut et en bas les tissus malades et laissait guérir l'incision. Dans quelques cas il observa l'amélioration.

Heitzmann gratte à la cuvette tranchante la partie atteinte, puis pratique ensuite des attouchements avec le sesquichlorure de fer ou l'acide acétique, ou l'acide salicylique, ou encore l'acide pyrogallique à 6 0/0.

Orthmann insiste beaucoup sur l'excision des parties atteintes et la réunion au catgut des surfaces cruentées. Pour lui c'est le seul vrai traitement, celui qui soulage et guérit les malades. La guérison aurait lieu un mois environ après l'opération.

Martin préconise un autre procédé. Il excisait dans les grandes lèvres des lambeaux larges de 4 centimètres et faisait la suture de la plaie par étages. Dans quelques cas il excisait la vulve toute entière, en suivant la limite des tissus malades et aussi loin en profondeur qu'il trouvait du tissu dur. La plaie était suturée par une suture linéaire. Ce dernier procédé, l'amputation de la vulve, a été pratiquée par Martin dans quatre cas, (deux récidives par carcinôme), par Gordes dans un cas et par Phannenstiel dans deux cas. Dans un la guérison se maintient depuis 4 ans, dans l'autre il y eut récidive. L'excision partielle de la vulve a été pratiquée par Martin dans 6 cas avec un insuccès certain.

Gordes gratte à la curette tranchante une petite partie anale kraurosée et touche avec une solution de sublimé. Le résultat était bon.

Quant aux résultats de toutes ces interventions, on trouve pour la plupart la mention suivante : « l'opération fut suivie de guérison ou les troubles cessèrent » ; mais on a peu de renseignements sur les résultats éloignés, ce qu'il serait cependant important de connaître. Dans un grand nombre de cas, les troubles disparurent après l'opération, pour réapparaître après un temps plus ou moins long avec la même intensité. Un cas de Martin vient à l'appui de ces faits.

Néanmoins un bon pronostic peut être attendu de l'opération dans les cas où la maladie existe sans complications et où cette opération a porté sur toutes les parties atteintes, d'où l'indication que le traitement chirurgical est seul actif et doit être employé de préférence dans la plupart des cas de kraurosis.

Il nous reste à signaler un dernier mode de traitement du kraurosis, le traitement par les rayons Roentgen. Cet essai fut fait pour la première fois en Amérique en 1903 par Stower qui a consigné les résultats de son expérience dans un article du « New-York Medical Journal » de cette époque.

Il s'agissait d'une femme de 50 ans, atteinte depuis plusieurs années déjà de kraurosis de la vulve, qui fut envoyée à Stower par un confrère dans le but d'essayer d'obtenir par les rayons X

la guérison de cette affection. Les parties lésées comprenaient les petites lèvres et toute la muqueuse située entre elles. La douleur était excessivement vive. La malade quoique très intelligente n'avait aucune confiance dans l'emploi des rayons X, et allait même jusqu'à dire que « l'on ne connaissait rien des effets de ces rayons dans le traitement de cette affection ». Néanmoins elle avait cessé tous les remèdes employés jusque là et finalement se soumit à l'expérience.

Stower décrit de la façon suivante sa manière de procéder : « J'employais, dit-il, mon ampoule kinraide renforcée par un courant direct de 220 volts, un tube vide, à une distance de six pouces, pendant dix minutes, toute la peau environnante étant protégée par une sorte de bouclier fait d'une feuille de plomb. L'expérience fut faite le 2 mars 1903 dans l'après-midi. Le soir les parties malades étaient rouges, enflammées, oedémateuses. On eut dit une érysipèle. La seconde séance eut lieu deux ou trois semaines après et quand l'inflammation fut dissipée, on excipa les tisus malades.

« Je fus surpris, ajoute l'auteur en manière de conclusions, quand j'appris le résultat de ce traitement et fut très porté à l'attribuer aux rayons X. J'avais fait plusieurs milliers de radiations et jamais je n'avais obtenu un résultat en un temps aussi court, mais en vérité mes expériences n'avaient jamais porté sur des cas de kraurosis de la vulve. Je crois cependant que si les rayons X ont produit cet heureux résultat, la propreté minutieuse de la malade y a contribué aussi pour une large part ».

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'anatomie pathologique du kraurosis vulvæ a été étudiée par beaucoup d'auteurs. Tous, à quelques détails près, en font une description identique, et s'accordent à dire que les lésions portent sur l'épiderme et le derme, et que le processus morbide se limite à la peau et à la muqueuse des organes génitaux externes, sans jamais atteindre le tissu musculaire sous-jacent.

Breisky, ayant fait en 1885 l'examen microscopique d'un cas parmi les douze qu'il observa publie les résultats suivants :

« Les tissus affectés, dit-il, avaient une apparence cicatricielle, les fibres connectives étaient réunies en faisceaux parallèles, au lieu d'avoir leur apparence ondulée habituelle. Les papilles étaient très inégales, la plupart petites, le réseau de Malpighi remarquablement mince. Il ne restait aucune glande sébacée, mais seulement quelques glandes sudoripares. Dans des papilles disparatres ou plus souvent dans les couches profondes il existait une infiltration de petites cellules embryonnaires.

Lawson-Tait de son côté s'exprime ainsi :

« Après avoir excisé un fragment de muqueuse sur lequel se trouvait une de ces taches rougeâtres dues à l'altération vasculaire, je trouvai alors l'explication pathologique de cette mystérieuse affection.

Je plaçai le fragment excisé dans mon microtome à congélation et je traitai les coupes ainsi obtenues par l'hématoxyline, le lactate d'argent, le chlorure d'or et le carmin. Je trouvai qu'à l'endroit où siégeait la tache tous les tissus avaient disparu,

sauf quelques fibres. Les parois des capillaires et l'épithélium superficiel, sous lequel le réseau des capillaires avec leurs parois amincies et dilatées se trouvait presque sans protection, toute trace des tissus glandulaires ayant disparu. L'imprégnation au chlorure d'or montrait en plus que les fibres nerveuses se trouvant parmi les capillaires étaient de même sans protection. C'est en somme une atrophie progressive de toute la muqueuse, les derniers tissus atteints étant les capillaires et les fibrilles nerveuses ».

Pour Peter il s'agit dans le kraurosis d'un œdème histologiquement appréciable des couches profondes et superficielles de l'épiderme, ce qu'il est d'ailleurs le premier à signaler. Sur des espaces étendus, le chorion et l'épiderme sont séparés par un exsudat riche en fibrine renfermant des leucocytes, du pigment et des blocs amorphes.

Orthmann après des recherches bactériologiques qui restent sans résultat admet que le stade atrophique aurait été précédé d'un stade hypertrophique. Le fait que l'on trouve dans les cas de kraurosis de la leucoplasie vaginale est, selon lui, fort intéressant. Il est possible que les troubles de nutrition qui aboutissent à l'hyperplasie et aux modifications leucoplasiques de l'épithelium amènent aussi, par prolifération dans les couches profondes, du kraurosis. Il s'agit d'un processus ayant pour base l'hyperhémie congestive à laquelle participent les vaisseaux des parties correspondantes avec modification exsudative dans le tissu conjonctif, aboutissant finalement à la prolifération de l'épithélium. Le processus leucoplasique, irritatif et hyperplastique, cantonné au début dans les couches épithéliale et sous-épithéliale se termine par un processus atrophique qui ne s'arrête pas toujours à la limite de l'epithélium, mais le dépasse souvent, de sorte qu'il est impossible d'expliquer de cette façon une partie de la lésion kraurotique, notamment l'épaississement épithélial.

Reed donne du kraurosis les caractères anatomiques qui sont les suivants. Les premières modifications que l'on constate à l'œil nu sont de petites aires vasculaires autour de l'entrée du

vagin. Ces taches ne sont pas élevées comme on le voit dans certains engorgements inflammatoires, mais sont légèrement dépressibles en comparaison de la surface épithéliale adjacente. Les surfaces cutanées et muco-cutanées se présentent décolorées avec un aspect plus ou moins transparent. Ce caractère s'accentue jusqu'à ce que ces surfaces deviennent tellement transparentes que l'on peut distinguer à travers elles de gros capillaires et des ecchymoses. La peau ainsi affectée devient tendue, les plis normaux de la vulve s'effacent plus ou moins et l'orifice vaginal se rétrécit au point qu'il est difficile de croire que les malades ont eu des enfants.

Les recherches anatomo pathologiques sur le kraurosis de Pichevin et Pettit peuvent se résumer de la façon suivante :

1° Inflammation et hypertrophie du derme, mais avec régression des organes qu'il contient.

Vaisseaux à parois épaisses, nerfs frappés de dégénérescence fibreuse. Tous les cordons nerveux qu'ils se présentent en coupes longitudinales ou transversales sont étroitement comprimés par le tissu conjonctif ; au fur et à mesure que le processus fait des progrès la dégénérescence du nerf s'accroît de plus en plus et bientôt celui-ci n'est plus représenté que par une masse d'aspect fibreux creusé de vacuoles. Les glandes sont atteintes par le processus scléreux.

2° Nécrose et hyperkératinisation des éléments épidermiques.

D'après Perrin, qui également se base sur l'examen histologique, le kraurosis et la leucoplasie vulvo-vaginale seraient des degrés différents de la même maladie.

Heller voit dans le kraurosis un processus inflammatoire ayant pour origine une irritation de cause diverse, peut-être chimique, indépendante de toute affection nerveuse, qui amène la disparition de la matière colloïde, de la graisse et des glandes sébacées dans les couches profondes. Par contre dans les couches superficielles, probablement à cause des meilleures conditions de nutrition des éléments papillaires, il aboutit à un processus hypertrophique, à une hyperkératose survenant d'une façon normale, et non pas comme parakératosique.

Szasz, comme Janowsky, trouve une corrélation entre la leucoplasie et le kraurosis. Certains agents d'irritation inflammatoire (tissus désagrégés, parasites et leurs produits biologiques) entretiennent les tissus vulvaires dans un état d'irritation permanente qui peut s'accompagner d'une sensation de prurit et provoquer diverses manifestations de l'inflammation chronique, entre autres et plus fréquemment la parakératose inflammatoire, décrite par Veit, et équivalente à la leucoplasie, et ayant par conséquent comme elle des connexions avec le kraurosis.

Gebhard n'a examiné qu'un seul cas de kraurosis vulvae. Il n'a pas trouvé sur les coupes de lésions inflammatoires, pas d'infiltration embryonnaire, pas d'œdème. Il signale seulement un effacement des papilles et un léger épaississement de la cause cornée.

Nous avons pratiqué des biopsies sur deux des malades que nous avons observées. Dans ces deux cas les lésions étaient tout à fait comparables. Il existait bien un peu d'hyperkératinisation des couches épithéliales les plus superficielles mais on remarquait surtout une infiltration embryonnaire sous-épithéliale envahissant, par places, la couche de Malpighi.

Sous l'épithélium rampaient des vaisseaux de gros calibre, à paroi mince, qui s'incrustaient en certains points dans le revêtement épithélial, au point de devenir presque superficiels.

Quant au derme, il était fortement sclérosé, très dense, avec de nombreux vaisseaux à parois épaissies et hyalines. La coloration par l'orcéine montrait que les éléments élastiques prenaient à cette hyperplasie une part très importante.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic du kraurosis ne présente pas de difficultés dans tous les cas où on observe des modifications objectives au niveau des parties génitales externes, décrites d'une manière classique par Breisky : « La peau se présente blanchâtre, desséchée ; recouverte parfois d'un épiderme épais, un peu rude depuis le gland du clitoris, ensuite sur une partie de la peau entre le clitoris et le méat de l'urèthre, jusqu'au frein des lèvres ; les parties voisines de la peau sont brillantes, sèches, d'une couleur gris rosâtre, parsemées aussi de taches blanchâtres et pénétrées par de petits rameaux des vaisseaux. Les glandes sébacées sont, en général, en petite quantité ». Un rétrécissement plus ou moins accusé du vestibule du vagin et une friabilité très marquée de la peau complètent le tableau de la maladie.

Anatomiquement le kraurosis peut être confondu avec deux affections, la leucoplasie vulvo-vaginale et la sclérodermie en plaques.

La leucoplasie vulvo-vaginale qui dans certains cas s'accompagne de prurit se distinguera toujours du kraurosis par les caractères particuliers de ses plaques, par la tendance de celles-ci à envahir le vagin, enfin par l'absence de sténose. Dans les deux maladies on trouve une exagération de kératinisation, mais elle est plus accentuée dans la leucoplasie. Dans cette dernière maladie la dégénérescence hyaline n'existe pas. La disparition des papilles comme stade primitif fait défaut dans le

kraurosis, le mode de dégénérescence des cellules est différent.

Levin a assimilé le kraurosis à la sclérodermie en plaques. Dans les deux affections on trouve en effet : une hypertrophie du tissu conjonctif déterminant un rétrécissement, et dans la marche de la lésion deux périodes, l'une d'œdème, l'autre d'atrophie, mais la sclérose n'envahit jamais le tissu sous-cutané dans le kraurosis, les faisceaux élastiques sont dégénérés et non multipliés ; les parois artérielles sont relativement peu atteintes. La confusion n'est donc en somme guère possible. On ne peut non plus anatomiquement assimiler le kraurosis à l'éléphantiasis des Arabes. Dans cette affection il existe une prolifération de la peau intéressant les éléments épithéliaux et le tissu conjonctif sous-cutané, accompagnée d'une hypertrophie massive de toute la partie malade, ce qui n'existe pas dans le kraurosis.

Cliniquement le kraurosis de la vulve peut être confondu avec tout un groupe de maladies qui ne présentent avec cette affection que peu de symptômes communs, mais qui ébauchent une ressemblance avec son tableau clinique habituel et complet.

Tout d'abord un prurit vulvaire de cause quelconque peut faire soupçonner un début de kraurosis ou même un kraurosis en évolution. Certaines femmes éprouvent souvent au niveau des organes génitaux externes des démangeaisons assez fortes, démangeaisons résultant la plupart du temps des liquides qui s'écoulent du vagin et causent de l'irritation au niveau de la muqueuse vulvaire qui est rouge et tuméfiée. Tantôt les démangeaisons surviennent sans qu'on constate au niveau de la vulve d'autres lésions que celles produites par le grattage, l'épaississement et la pigmentation des téguments, ce qui pouvait déjà en imposer pour un début de kraurosis. Mais le prurit est-il rebelle, résultat d'une vulvite chronique, d'une vaginite ancienne, d'une leucorrhée invétérée, on pourrait avoir plus d'hésitation encore, car il est possible qu'il se produise alors une infiltration inflammatoire des parties, des ulcérations et des taches pigmentaires qui rappelleront l'aspect des lésions kraurotiques. Mais l'absence d'atrophie, de déformation des organes génitaux, le manque de sténose vestibulaire aideront à orienter le diagnos-

tic et à ne pas confondre ces lésions post-prurigineuses avec celles du kraurosis.

Les prurits de cause générale ou diathésiques seront facilement rapportés à leur véritable origine. On ne confondra pas davantage les lésions locales produites par l'eczéma, l'urticaire, l'herpès avec celles du kraurosis.

Une autre cause d'erreur dans le diagnostic du kraurosis est l'existence de certaines sténoses de l'orifice vaginal. Dans le vaginisme où l'hyperesthésie est liée à la contraction spasmodique et involontaire du muscle constricteur du vagin l'introduction du doigt est douloureux, le coït pénible, symptômes fonctionnels qui existent également dans le kraurosis ; mais alors que dans cette dernière affection on constate des lésions locales caractéristiques, grandes lèvres amincies, atrophie des nymphes, présence de taches rougeâtres, dans le vaginisme les organes vulvaires n'ont pas subi de modifications. Les sténoses cicatricielles ou d'autre cause seront facilement différenciées du rétrécissement vulvo-vaginal antérieur produit par le kraurosis. Leur histoire suffit à les dépister.

Quant aux lésions syphilitiques anciennes, étendues, laissant derrière elles des colorations indélébiles il est possible de les confondre avec les lésions kraurotiques. Mais l'étude des commémoratifs et l'examen général approfondi de la malade fixeront le diagnostic, et au besoin on employera le traitement antisyphilitique.

Reste une dernière distinction à établir entre le kraurosis de la vulve et l'atrophie sénile des organes génitaux. L'aspect général de la vulve est sensiblement le même dans les deux affections. Atrophie, sclérose, pâleur des téguments, sténose vestibulaire sont des lésions communes aux deux maladies, mais il semble que ces lésions soient plus généralisées dans l'atrophie sénile, moins spéciales que dans le kraurosis. L'existence de plaques rougeâtres, l'étude des symptômes fonctionnels, et surtout l'âge de la malade fixeront définitivement le diagnostic de kraurosis.

CONCLUSIONS

1° Le kraurosis vulvae est une maladie, caractérisée cliniquement par une rétraction spéciale atrophique progressive des organes génitaux externes de la femme, et anatomiquement par une hyperkératinisation des cellules épithéliales superficielles, l'hyperplasie du tissu conjonctif, aboutissant à l'atrophie cicatricielle.

2° C'est une affection rare.

3° Elle est essentiellement d'origine inflammatoire, différant des autres inflammations de la peau par l'atrophie progressive marquée qui succède au stade d'hyperemie et d'infiltration.

4° Ses manifestations se limitent à la vulve.

5° Son étiologie est obscure. Elle n'est pas d'origine syphilitique. Les écoulements vaginaux et les tramatisme opératoires portant sur les organes génitaux internes paraissent y jouer un certain rôle.

PIÈCES JUSTIFICATIVES

Observation I. — Breisky (Observation résumée).

Femme de 25 ans à son premier accouchement. La malade est forte et bien portante et porte seulement un ulcère variqueux à une jambe. Le vagin était déplissé. Sur les parties génitales externes une ligne blanchâtre d'aspect cicatriciel, liénaire, allant de la partie inférieure du mont de Vénus à l'autre côté du frein du clitoris. Les autres téguments de la partie supérieure du mont de Vénus et de la partie supérieure des grandes lèvres étaient lisses, secs, brillants. Les petites lèvres étaient bien peu développées, figurées seulement par deux bourrelets en dedans des grandes lèvres et séparées d'elles par un léger sillon. Elles disparaissent complètement lorsqu'on entrouvre la vulve.

Le moindre effort pour entrouvrir le vagin causait de vives douleurs. La fourchette présentait ce même aspect de peau ichtiosique. L'épiderme desséché se déchire facilement, l'orifice vaginal rétréci était dur, inextensible. Au moment du travail, il se produisit des fissures à la vulve et une déchirure du périnée, malgré l'incision pratiquée pour faciliter la sortie de la tête.

Observation II. — Breisky (Observation résumée).

Femme de 25 ans. Examinée après un accouchement qui avait produit une déchirure périnéale qui remonte un peu dans le vagin. La malade n'a jamais ressenti ni douleurs ni démangeaisons du côté des organes génitaux externes. Il existe du catarrhe vaginal. Les bords de la plaie, les surfaces internes des grandes lèvres sont secs, rugueux et leur épiderme desquamé. Les bords du prépuce sont franchement marqués, tandis que le gland du clitoris est atrophié ainsi que les petites lèvres qui ne sont plus représentées que par un petit bourrelet à la face interne de

la grande lèvre gauche qui indique la place où existait la nymphe gauche. Tout le vestibule est lisse et uni. Il reste quelques traces des caroncules hyménéaux. L'entrée vaginale déplissée laisse écouler une sécrétion légère presque incolore.

Observation III. — Breisky (Observation résumée).

Femme de 30 ans, mariée depuis 3 ans, sans enfants. Réglée à 18 ans, d'abord à de longs intervalles, ensuite régulièrement, chaque période durant trois jours. Neuf mois avant métrorrhagie, et pendant les 3 mois précédents la période cataméniale dure 12 jours. Leucorrhée avant le mariage, qui a persisté depuis. Un prurit des organes génitaux existe et revient principalement la nuit. Le coït a été fort douloureux au début du mariage.

L'état de la malade est bon, quoiqu'elle soit un peu pâle.

A l'examen local, on ne trouve plus trace des petites lèvres, le frein et le prépuce du clitoris sont à peine visibles, le gland lui-même est absent. Une plaque blanchâtre occupe toute la région du clitoris, descendant jusqu'au méat. Le vestibule est retréci dans son ensemble ; la peau est rugueuse, revenue sur elle-même, présentant dans quelques endroits une coloration opaque, laiteuse, avec quelques ulcérations limitées. Les glandes sébacées sont disparues. Il existe un catarrhe de la muqueuse vaginale, et une ulcération de la lèvre inférieure du col. L'utérus est en anteflexion, les annexes paraissent normaux. Ce cas présentait au plus haut point le processus de rétraction.

Observation IV. — Breisky (Observation résumée).

Femme de 22 ans, mariée depuis un an et demi. Avortement de 3 mois au 6e mois de son mariage. Réglée régulièrement depuis Jamais aucune éruption de la région génitale. Depuis 3 ans, prurit durant deux ou trois jours après chaque période menstruelle. Durant l'été chaud il persista une fois entre deux époques menstruelles, puis retourne ensuite au type intermittent primitif. C'est une femme blonde, délicate à peu près bien portante qui est venue consulter pour une douleur ressentie brusquement pendant le coït. La peau des organes génitaux externes et du périnée est sèche, gris pâle, peu abondante en glandes sébacées. Les petites lèvres peu développées sont cependant encore assez marquées, ainsi que le prépuce et le frein du clitoris. D'un autre côté il existe dans l'aire du vestibule, une dépression marquée par une plaque blanche, située entre le clitoris et le méat. La commissure postérieure présente de la sécheresse de la peau et une forte tension de la fourchette. Le

vagin et l'utérus sont normaux. Le coït, à travers un orifice vaginal rétréci, amène des fissures qui guérissent assez facilement sous l'influence de pommades et de bains de siège glycérinés, mais se reproduisent souvent.

Les autres observations de Breisky ne sont que mentionnées.

Observation V. — Janowski (Observation résumée).

Femme de 20 ans, prostituée. S'est aperçue de l'affection dont elle est atteinte, il y a 2 jours, après un coït. Rien d'anormal en dehors des organes génitaux. Ganglions inguinaux augmentés de volume des 2 côtés. Dans la commissure une ulcération d'un centimètre de longueur, à base non indurée (chancre mou). Quelques excoriations sur les restes de l'hymen. Gonorrhée cervicale modérée.

Les petites lèvres sont disparues. Il existe des fissures radiées vers l'orifice vaginal, produites dans une muqueuse ferme, tendue, adhérente : le prépuce du clitoris est raccourci, le gland est couvert d'une muqueuse à aspect blanchâtre ; le méat est rétréci, sa muqueuse présente les mêmes altérations que la muqueuse vulvaire. La muqueuse du vagin rétréci est normale. La syphilis n'a pu être dépistée.

Observation VI. — Janowski (Observation résumée).

Femme de 24 ans, bien constituée, mariée. Le coït est douloureux depuis le commencement du mariage. Il y a un an la malade a accouché d'un gros enfant ; il s'était produit une déchirure profonde du périnée qui, suturée, mit 12 jours à se cicatriser.

Depuis 6 mois pertes vaginales.

La partie supérieure de la vulve est normale, mais la partie inférieure présente des lésions kraurotiques. Le bord libre des petites lèvres tourne brusquement en dedans pour venir se confondre avec la face interne des grandes lèvres. De l'extrémité inférieure des grandes lèvres à l'orifice vaginal s'étend une surface décolorée où la muqueuse est sèche et tendue. La muqueuse est parsemée de plaques blanchâtres, dues à la nécrose de l'épiderme, formant des îlots, et dont l'aspect est absolument semblable aux plaques de leucoplasie décrites par Schwimmer. La muqueuse de la paroi postérieure du vagin, près de l'orifice, est épaissie par places et présente un aspect laiteux. De la commissure, une cicatrice blanchâtre, pigmentée, s'étend jusqu'au périnée, dont la peau, dans le voisinage des lésions kraurotiques, paraît être atrophiée, pigmentée et amincie.

Observation VII. — Janowski (Observation résumée).

Femme de 19 ans, prostituée. Cette femme, qui est atteinte de blennorrhagie, présente de nombreuses lésions syphilitiques tant à la bouche qu'à la vulve, plaques muqueuses, syphilides maculeuses pigmentaires, condylomes à la grande lèvre gauche. Les grandes lèvres sont normales comme volume et aspect. La muqueuse des petites lèvres est disparue de même que le clitoris et son prépuce, excepté sur la partie toute inférieure recouverte d'ailleurs d'une plaque d'épiderme nécrosé blanche et nacrée. Le clitoris est peu développé et les petites lèvres sont réduites à l'état de bourrelets peu saillants à la partie interne des grandes lèvres. L'orifice vaginal est rétracté, la muqueuse y est adhérente aux tissus sous-jacents.

Observation VIII — Janowsky (Observation résumée).

Femme de 31 ans, mariée depuis 6 ans. Un an après son mariage, avortement. 2 mois plus tard syphilis. La malade se plaint d'une sensation de brûlure à la miction, de pertes vaginales et des douleurs pendant le coït de plus en plus intenses.

Réglée à 14 ans. Chlorotique depuis 2 ans, légère leucorrhée.

Disparition complète des petites lèvres Toute la muqueuse qui les recouvre ainsi que celle de la partie interne des grandes lèvres est tendue et lisse.

Le clitoris est atrophié, sa partie inférieure est recouverte d'épiderme nécrosé reposant sur une induration qui descend jusque vers le méat.

L'orifice vaginal est très petit. Sur la muqueuse de l'orifice vaginal et du vestibule sont disséminées de nombreuses taches à aspect blanchâtre, laiteux. Par places, on voyait sur les parties atrophiées de l'ectasie veineuses. Catarrhe cervical, ulcération du col.

Observation IX. — Heitzmann (Observation résumée publiée par Ohmann Dumenil).

Veuve de 62 ans. Prurit intense de la vulve. On constate à l'examen local quatre taches – deux sur la face interne des grandes lèvres, une sur la petite lèvre droite, une à la fourchette.

Traitement : curettage, répété 3 fois, des parties atteintes suivi de cautérisations au sesquichlorure de fer. Guérison durable.

Observation X. — Heitzmann (Observation résumée publiée par Ohmann Dumenil).

Femme de 52 ans. Se plaint d'un prurit vulvaire intense. Une induration des grandes lèvres, qui est presque généralisée existe. Quelques taches existent sur la partie interne des grandes lèvres. Leucorrhée abondante.

Traitement d'abord par des lotions à l'acide salicylique à 1,5 pour 100. Puis curettage répété dix fois. Après trois mois de traitement, il reste quelques lésions épidermiques au voisinage de la fourchette, mais le prurit a disparu. La leucorrhée n'est plus que légère.

Observation XI. — Heitzmann (Observation résumée).

Femme mariée, 58 ans, qui comme la précédente présentait surtout comme lésion quelques taches à aspect blanchâtre parcheminé, disséminées sur la muqueuse des grandes et des petites lèvres.

Prurit intense. Lotions salicylées à 0,5 et 1,5 pour 100, léger curettage, renouvelé 6 fois. Guérison en deux mois.

Observation XII. — Heitzmann (Observation résumée).

Femme vierge, 35 ans. Il existait de nombreux espaces de petites dimensions, à l'aspect parcheminé blanc dans l'intervalle des grandes et des petites lèvres, sur les grandes lèvres, sur le prépuce du clitoris, sur la fourchette. L'atrophie, bien que réelle, était peu marquée et généralisée.

Lotions à l'acide salicylique à 6 pour 100 puis avec l'acide pyrogallique à 6 pour 100. Enfin cautérisation à l'acide acétique glacial à 10 pour 100. Les taches furent curettées une dizaine de fois. Au bout de cinq mois de traitement quelques taches subsistaient encore. Breisky avait vu la malade et l'avait déclarée incurable.

Observation XIII. — Bermays (Observation résumée rapportée par Ohmann Dumenil).

Veuve de 56 ans, n'ayant jamais eu d'enfants. Souffrait depuis 15 ans d'un prurit des plus intenses qui avait résisté à tous les traitements. Les organes génitaux externes sont atrophiés dans leur totalité. Le système pileux est clairsemé, de couleur grise Le clitoris est petit, avec un gland en partie disparu. Le prépuce est petit, le frein manque. L'aire du vestibule est diminuée. Coït douloureux pendant toute la durée de son mariage. L'orifice vaginal admet à peine l'index. L'orifice du méat est

situé sur le bord même de l'entrée du vagin, en léger hypospadias. Les grandes et les petites lèvres sont atrophiées, desséchées. De nombreuses taches blanchâtres se voient sur les téguments des grandes lèvres

Observation XIV. — Ohmann Dumemil (Observation résumée).

Femme de 30 ans environ, prostituée. Impossible d'avoir quelque détail que ce soit sur le début et les symptômes antérieurs de son affection. Du côté de la vulve on trouve ce qui suit. Les grandes lèvres sont très changées d'aspect, elles sont représentées par deux bourrelets séparés par un sillon ; elles se confondent avec les tissus sous-jacents beaucoup plus haut que d'habitude. Les petites lèvres et le clitoris sont presque normaux sauf la petite lèvre gauche qui est légèrement atrophiée à sa partie inférieure ; atrésie vaginale peu considérable.

Observation XV. — Ohmann Dumenil (résumée).

Veuve de 71 ans. Réglée à 14 ans et demi. Ménopause à 47 ans. A eu cinq enfants entre 28 et 35 ans. Pas de fausse couche. A l'examen de la vulve on note les modifications suivantes : toutes les parties génitales externes sont atrophiées, l'orifice vaginal, très rétréci, admet à peine l'index. Il existe quelques taches d'épiderme parcheminé, blanchâtre et brillant ; le prurit est violent, il est accompagné de douleurs névralgiques s'irradiant dans les cuisses et jusqu'aux lombes. Le général général et les applications de lotions calmantes donnent peu de résultats.

Observation XVI. — Ohmann Dumenil (résumée).

Miss Z... Jeune fille de 20 ans bien constituée. Réglée à 17 ans 1/2, régulièrement depuis. Leucorrhée datant de l'établissement des règles et qui persiste encore.

Le clitoris est rudimentaire, son prépuce est cependant bien développé. Le mont de Vénus est complètement atrophié dans la partie médiane, de sorte qu'il semble séparé en deux portions par un sillon profond relativement. Les grandes lèvres sont atrophiées surtout à leur partie inférieure. Le système pileux reste bien développé. On voit des plaques blanchâtres sur les parties internes des petites lèvres. L'hymen est intact, dilatable ; orifice vaginal et vagin normaux. Le prurit s'est montré pendant une courte période hivernale, assez intense aux petites lèvres, puis a disparu. La malade ne peut indiquer à quand remonte le début.

Observation XVII. — Scholtz (rapportée par Ohmann Dumenil).

Mme X. Y. Femme de 27 ans, mariée ; bien développée ; est restée stérile. Point d'antécédents génitaux. Ni prurit, ni affections utérines. On constate une atrophie des grandes lèvres et des nymphes. L'orifice vaginal est rétréci, et admet juste l'index. Le coït a toujours été douloureux. Le clitoris est rudimentaire et le système pileux se réduit à une touffe de poils sur la partie centrale du mont de Vénus. Pas de taches constatées.

Observation XVIII. — Orthmann.

Femme de 24 ans. Pertes purulentes depuis deux ans, suite d'infection blennhorragique. Réglée à 14 ans, règles parfois bi-mensuelles presque insignifiantes, durant 8 jours. Ni accouchement, ni fausse couche. Diagnostic antérieur : élongation supra-vaginale du col, endométrite cervicale ; excision de la muqueuse cervicale.

Quelques semaines après la leucorrhée devient plus abondante. Au bout de quelques mois l'introduction du spéculum devenait de plus en plus douloureuse et à chaque fois il se produisait la déchirure de la muqueuse de l'entrée du vagin et de la commissure postérieure. Les grandes lèvres s'épaissirent, perdirent complètement la coloration rougeâtre, leur surface devint blanchâtre, lisse par places. Plus tard la muqueuse des grandes lèvres s'épaissit de plus en plus, devint semblable à l'épiderme, les petites lèvres devinrent de plus en plus petites et finirent par disparaître presque complètement, de même que le frein de la commissure postérieure.

L'introduction, même avec précaution, d'un doigt était suivie de douleur et de déchirure. Le coït devint impossible.

Observation XIX. — Orthmann.

Femme de 49 ans. Depuis 9 mois douleurs du côté gauche du bas-ventre et prurit intense. Leucorrhée de moyenne intensité. Ménopause depuis deux ans. Règles régulières antérieurement. Trois accouchements normaux, le dernier il y a 14 ans, jamais de fausse couche.

Les grandes lèvres sont, par places, couvertes de plaques blanchâtres, sèches. Entre ces plaques se trouvent des placards fortement rouges, dépourvus en partie d'épiderme, ulcérés. Les petites lèvres ont l'aspect de fentes longitudinales. L'entrée du vagin est très étroite.

L'affection se propage en avant sur le clitoris, en arrière sur le périnée. Métrite et endométrite chronique. Cicatrices vaginales. Excision. Guérison.

Observation XX. — Orthmann.

Femme de 26 ans, mariée depuis 3 ans, stérile. Réglée depuis l'âge de 17 ans. Dysménorrhée. Prurit intense et douleur au coït. Leucorrhée peu intense. Atrophie vulvaire. Douleur au toucher. Déchirures faciles mais saignant peu. Endométrite, salpingo-ovarite. Excision. Récidive du kraurosis un an après. Phénomènes douloureux, grossesse, avortement 8 semaines après.

Observation XXI. — Orthmann.

Femme âgée de 32 ans. Prurit intense depuis 4 ans. Leucorrhée. Pas d'antécédents autres. Kraurosis. Ulcérations sur les grandes lèvres dont une d'une dimension d'une pièce de deux francs. Excision (opération décrite). Guérison depuis un an.

Observation XXII. — Orthmann.

Femme de 66 ans. Prurit surtout à la miction. Pertes blanches abondantes. Ménopause à 48 ans. A eu une fausse couche à l'âge de 28 ans. Infection blennhorragique la première année du mariage.

Plaques blanches sur les grandes lèvres. Les tissus se déchirent à l'introduction du doigt. La vulve est rétractée. Les petites lèvres ont disparu. Sur les grandes lèvres rétractées il existe des plaques blanchâtres. Le clitoris est atrophié. Les tissus se déchirent à l'introduction du doigt. Le vagin et l'utérus ont subi l'atrophie sénile. Excision. Guérison.

Dans aucun de tous ces cas pas de syphilis.

Observation XXIII. — Halcowell.

Femme K...., âgée de 45 ans, mariée à 19. Avait auparavant souffert de dysménorrhée et de leucorrhée qui disparurent après le mariage. Premier enfant deux ans après, forceps, périnéorrhaphie Dix-huit mois après fausse couche de cinq mois, qui n'eut aucun effet fâcheux sur sa santé. Un an plus tard second accouchement après lequel sa santé commence à s'altérer. Il fut même question de tuberculose. A cette époque déchirure du périnée, cystite De nouveau 3 fausses couches d'un mois et demi à trois mois. Finalement. 6 ans après son dernier accouchement, avec forceps, péritonite. Depuis, règles irrégulières. Après son dernier accouchement la vulve est devenue sensible, spécialement pendant le coït qui a été impossible depuis sa dernière délivrance. Son urèthre est sensible depuis sa cystite. Elle a une abondante leucorrhée depuis son dernier accouchement et sa vulve est complètement souillée en dépit de

la plus grande propreté. Pas de gonorrhée, pas de sucre, ni d'albumine dans les urines.

A l'examen extrême sensibilité. Bien que le périnée présente une déchirure très étendue il est difficile d'introduire le doigt dans le vagin non seulement à cause de la douleur, mais à cause de la sténose. Les grandes lèvres sont très petites, les nymphes sont ratatinées, le clitoris découvert difficilement. L'urèthre est attiré sous le clitoris ; la muqueuse vulvaire est amincie et à partir de la surface intérieure des grandes lèvres elle est pâle, sèche, se déchire facilement. Au dessus des nymphes de nombreuses taches (spots) blanchâtres, surélevées au-dessus de la surface environnante. Le reste du périnée est contracté latéralement et spécialement en avant. Il y a des caroncules autour de l'urèthre qui ne prennent pas part au processus atrophique. L'anus ne laisse pas pénétrer le doigt, la muqueuse vaginale est également très sensible au plus léger attouchement. Le col de l'utérus présente des déchirures. L'utérus est petit, rétroversé Pas de prolapsus. Les ovaires sont un peu hypertrophiés.

A ce moment l'auteur ne reconnaît pas le kraurosis, mais il attire l'attention sur cette particularité de l'affection. Quelques temps après on fit la périnéorrhaphie, d'après Lawson-Tait, avec succès. L'auteur pensait devoir attribuer tous ces troubles à la souillure par les matières.

Traitement. — Purement médical. Applications d'un liminent mercuriel combiné au massage, et dilatation douce de l'orifice vulvaire. Ce traitement a été prolongé pendant 6 mois et les symptômes ont disparu de sorte que le coït a pu devenir possible.

Observation XXIV. — Hallowel.

Il s'agit d'une femme âgée de 33 ans, enceinte, atteinte de kraurosis. On distingue nettement des bandes rouges, lisses, serpigineuses. Elles sont très sensibles, beaucoup plus que les tissus environnants sur lesquels on aperçoit une prolifération superficielle de l'épithélium. Les nymphes et l'entrée du vagin sont sténosées fortement. Ni sucre ni albumine dans les urines. Le périnée n'a pas été déchiré, mais il s'est produit de nombreuses fissures et les petites lèvres ont été, à plusieurs endroits, déchirées transversalement.

Dans ce cas le traitement par l'oléate de mercure avait complètement échoué, de même que d'autres applications.

L'auteur pense qu'il sera obligé d'avoir recours à l'excision des tissus.

Observation XXV. — Smith (Observation résumée).

Femme de 52 ans, mariée, mère de deux enfants, dont le plus jeune âgé de 16 ans. Elle était d'un tempérament très nerveux, d'aspect mince

et délicat, mais jouissait d'une bonne santé. Pas de syphilis, pas de gonorrhée. Un prurit vulvaire qui augmente depuis un an, était apparu six ans auparavant, et quatre ans avant la ménopause. Ce prurit était accompagné d'une sensation de douleur et de brûlure à la miction. La malade consulte alors un médecin qui reconnaît l'existence d'un polype uréthral dont il fait l'ablation sans aucun bénéfice. Un second médecin attribuant le prurit sans d'ailleurs avoir examiné localement la malade, ni analysé ses urines, au diabète, lui fait suivre un traitement approprié. Enfin Smith l'examine. Localement, outre la rétraction fibreuse des grandes lèvres, dépourvues d'épiderme en grande partie, le tissu sous-cutané avait presque complètement disparu.

La moitié de la partie inférieure et postérieure des petites lèvres étaient atrophiées, tandis que la partie supérieure avait conservé son aspect et son apparence normale, toutefois il existait des taches rougeâtres. L'atrésie vaginale est telle que le spéculum du plus petit modèle de Sims ne peut être introduit. Le clitoris est normal. Des taches parsèment la muqueuse. Quelques-unes sont rougeâtres, foncées, tandis que d'autres ont un aspect opalin, blanc grisâtre. Environ à un demi centimètre au-dessous du méat urinaire il existe une plaque sensible de couleur rouge sombre large d'un quart de centimètre environ.

Le traitement consiste en applications d'acide phénique et de teinture d'iode, applications très douloureuses mais qui amènent peu à peu une rétrocession des symptômes tant au point de vue de la rétraction que des modifications de coloration. Le prurit aussi s'amende. La malade revue 2 ans après, n'a ressenti aucun symptôme douloureux.

Observation XXVI. — Adam.

Mme N.., mariée depuis 23 ans, a eu sept accouchements normaux, une fausse couche au 3e mois avant la naissance de son premier enfant, et n'a pu nourrir, le lait faisant défaut.

Réglée à 16 ans. Règles régulières durant 7 jours, douloureuses. Depuis le mariage elles durent seulement 3 jours, sont toujours restées douloureuses. Ses antécédents héréditaires ne présentent rien de particulier. Etant jeune fille souffrait des reins, reçut un coup de pied de cheval dans l'abdomen et cinq à six ans après eut de la névrose traumatique. Prurit vulvaire constant et violent qui semble aggravé par la chaleur et devient plus intense la nuit. Pas de pertes. Les sensations de chaleur à la vulve sont fréquentes après les périodes mensuelles. La santé générale paraît bonne, mais cependant pas très robuste. Tempérament nerveux, excitable, quelque peu hystérique.

A l'examen de la vulve, on trouve la petite lèvre gauche atrophiée.

De plus la muqueuse des grandes lèvres, du vestibule, du clitoris et de tout le sillon vulvaire est parsemée de taches blanchâtres, unies, de forme et de dispositions variées. Elles sont parcheminées. Ces taches ne sont pas sensibles par elles-mêmes, mais l'ensemble des organes vulvaires est hypéresthésié, le vagin est légèrement enflammé, le col gros, ulcéré, à bords granuleux. Le traitement n'est pas indiqué.

Observation XXVII. — Bartels.

Femme âgée de 28 ans, mariée depuis 6 ans. Ni syphilis, ni tuberculose. Signes d'hystérie. Urine normale. Réglée à 15 ans. Dernièrement, les règles sont devenues plus abondantes. Elle n'a pas eu d'enfants. Elle n'aurait jamais eu d'écoulement vaginal. Il y a 3 ans, eczéma de la région axillaire, un peu plus tard, prurit vulvaire. A la suite du grattage il s'était produit une certaine dureté et sécheresse des lèvres. Le coït est difficile. A l'examen local, on remarque que les petites lèvres ont presque complètement disparu et ce n'est qu'à la partie inférieure des grandes lèvres qu'elles ont persisté sous forme de petits bourgeons. Le frein du clitoris est représenté par une fente au-dessus du clitoris rudimentaire. La partie interne des grandes lèvres et ce qui reste des petites lèvres sont couverts d'un épithélium dur et sec qui se continue jusqu'au bord supérieur du vagin et l'orifice uréthral et se présente sous forme d'îlots plus ou moins grands. Vers le milieu des grandes lèvres cet épithélium se continue sans transition avec la muqueuse normale. L'utérus est normal.

La malade n'a pas voulu se soumettre au traitement.

Observation XXVIII. — Reed.

Kraurosis vulvae. — Observation prématurée, développement subséquent de la maladie autour de la région opérée.

Mme H..., mariée, mère d'un enfant de 8 ans. Se plaint en juin 1893 d'une sensation douloureuse presque constante à la vulve, avec difficulté d'uriner et douleur très vive dans les tentatives de coït. Toutes relations avec son mari avaient cessé depuis 4 ans pour cette cause.

A l'examen local on trouve l'orifice vaginal un peu plus étroit qu'à l'ordinaire, mais tout autour de cet orifice se trouvaient des caroncules extrêmement douloureux. Le seul contact du doigt provoquait une contraction spasmodique de l'orifice vaginal et des muscles du périnée. On résolut d'exciper les parties atteintes. Une portion elliptique du tissu fut enlevée de chaque côté de l'orifice vaginal et remontant jusqu'au méat

en haut et allant jusqu'à la fourchette en bas, chacune des portions étant assez large pour embrasser les caroncules. Suture interrompue pour chaque côté. Disparition des symptômes. Opération, guérison en 15 jours.

La malade revint en décembre 1893, car lors de nouveaux rapports elle s'était aperçue que l'entrée du vagin était encore rigide et que le coït était accompli avec un peu plus de difficulté qu'auparavant. L'examen local révéla alors que la constriction apparente de l'orifice vaginal n'était pas spasmodique, mais semblait due à une rétraction atrophique. La peau était décolorée et son élasticité très différente de ce qu'elle est normalement. L'orifice vaginal était fortement rétréci. Les nymphes étaient atrophiées, mais les troubles étaient surtout marqués du côté de la fourchette, si rétractée qu'elle n'était plus guère qu'à un demi-centimètre du méat urinaire. C'est alors seulement qu'on posa le diagnostic, quoique les limites de l'atrophie ne fussent pas encore assez nettement distinctes.

Observation XXIX. — Reed.

Kraurosis vulvae de dix ans d'existence. Excision de la zone atrophiée. Guérison.

Femme mariée sans enfant. A subi deux fois la laparotomie, une fois pour ablation des annexes, une seconde fois pour rompre des adhérences ; autre opération pour hémorrhoïdes. Les rapports sexuels sont impossibles depuis 10 ans, temps depuis lequel la malade se plaint de douleurs, sensation de chaleur à la vulve, mais jamais de prurit.

A l'examen local, l'origine vaginal apparaît très rétréci. Les nymphes ne sont plus marquées que par une crête suivant leur ligne d'adhérence habituelle avec les grandes lèvres. Les téguments intermédiaires sont décolorés, dépigmentés, comme vernis. La même altération se voit à la fourchette qui a perdu complètement son élasticité, à tel point que l'introduction du doigt y provoque quelques fissures superficielles qui d'ailleurs ne saignent pas. La malade entre à l'hôpital. Opération. Elle consiste en l'excision large des parties touchées, pourtour de l'entrée vaginale et muqueuse et peau de la fourchette. Sutures à points séparés.

Réunion par première intention. Quinze jours après, la malade n'a plus aucune sensation douloureuse à la vulve. Trois semaines plus tard, on introduit deux doigts dans son vagin sans provoquer la moindre douleur.

Observation XXX. — A. Martin (résumée).

Fl., 23 ans, mariée depuis deux ans et trois mois, stérile. Depuis décembre 1890, au niveau des organes génitaux, sensations de plus en plus vives de brûlure, de cuisson profonde surtout à la miction ; coït douloureux, intolérable. A plusieurs reprises, éruptions de petits furoncles à la vulve. *Examen le* 11 *juillet* 1891. Aspect typique du kraurosis vulvaire arrivé à un stade assez avancé ; endométrite du col, sténose de l'orifice externe de l'utérus, sténose vestibulaire marquée. Dilatation brusque de la sténose vestibulaire, abrasion de la muqueuse utérine, discision du col. Puis, durant 8 jours, repos au lit, vessie de glace, régime doux. Comme traitement complémentaire : bains de siège appropriés, usage de spéculum, application de pommade, badigeonnages iodés. L'atrophie retrocéda, tout au moins le prurit disparut ainsi que la sténose vestibulaire, en sorte que la femme, après trois mois, put se soustraire à l'observation médicale.

Observation XXXI. — A. Martin (résumée).

Femme de 35 ans. IV pare, veuve depuis onze ans. Menstruation régulière. Depuis des années, prurit vulvaire de plus en plus fort, besoins d'uriner plus fréquents ; en outre sensation intolérable de tension au niveau des organes génitaux externes, leucorrhée et douleurs sacrées. Le 29 avril 1892, constatation d'une sténose vestibulaire accusée. Les nymphes sont réduites à deux petites saillies atrophiques ; au niveau du fin bourrelet dans lequel elles se continuent, de notables ecchymoses. La face externe est blanc brillant, sans démarcation régulière avec les tissus voisins. Pas de différence de niveau appréciable. Le kraurosis s'étend en haut jusqu'au voisinage du clitoris, lequel n'est pas touché. La commissure postérieure eté reportée à mi-hauteur environ de l'orifice vulvaire par accolement des parois latérales.

L'introduction du doigt, très douloureuse, est rendue difficile par l'étroitesse de l'orifice. Le tégument des petites lèvres tranche vigoureusement sur la muqueuse du vagin. Vaginite légère pré-sénile, métrite chronique, érosions multiples sur les lèvres du col de l'utérus. Un traitement médical institué ailleurs ayant échoué, A. Martin intervient chirurgicalement : abrasion de la muqueuse utérine, excision de l'ulcération et large excision de tout le tissu affecté par le kraurosis. Coaptation des surfaces cruentées par une suture continue au catgut. Réunion par première intention. Neuf jours après, les douleurs avaient totalement disparu.

Deux ans après ce résultat se maintenait.

Observation XXXII. – A. Martin (résumée).

Femme de 67 ans de bonne constitution, régulièrement réglée. De l'âge de 14 à 46 ans, quatre accouchements normaux. Toujours bien portante jusqu'à l'été 1892. A cette époque, sensation douloureuse allant en augmentant, siégeant aux organes génitaux. Depuis lors aussi sensation de brûlure et prurit intense, surtout à la miction, et sensation de tension à la vulve. Perte de l'appétit, insomnie, amaigrissement.

Les grandes lèvres sont réduites à deux bourrelets, les petites manquent. Le clitoris est représenté par deux petits bourgeons blanchâtres qui pendent à la surface du vestibule. L'orifice vulvaire est rigide, inextensible, de 1 centimètre 1/2 de diamètre. En dehors, tout autour de l'orifice vulvaire, est une zone de couleur gris blanc ; pas de différence de niveau entre les parties atrophiées et les parties saines avoisinantes. Les modifications atrophiques sont prononcées dans toute cette zone : l'épiderme tombe en certains points, la consistance au doigt en est dure, ferme, présente des fissures au fond desquelles apparaît le chorion rouge vif. A droite, deux ulcérations, une supérieure plus petite, une inférieure plus importante à la hauteur des glandes de Bartholin. Ces ulcérations suintent peu, mais saignent facilement au toucher ; la base en est dure. La zone blanchâtre se continue peu à peu avec les tissus voisins, pas de démarcation tranchée ni à l'œil, ni au doigt explorateur, pas plus en dehors que du côté du vagin. Vaginite sénile. Urèthre normal. On fait le *diagnostic* de néoplasme ulcéré, de mauvaise nature, développé sur une région atteinte de kraurosis.

Traitement. — Excision large de toutes les parties atteintes par le kraurosis et la dégénérescence cancéreuse. Suture continue au catgut. Réunion par première intention, sortie treize jours après l'opération.

Examen microscopique de fragments de téguments dégénérés.

1° Tissu altéré par le kraurosis. La couche cornée est inégalement épaisse, tantôt profonde, tantôt mince, le réseau de Malpighi est pourtant très réduit en sorte que par points le chorion touche à la couche cornée. Les papilles affectent des formes très variées, au niveau des points les plus modifiés, elles présentent, comme le tissu fibreux plus profond du chorion, des infiltrats de cellules embryonnaires, tantôt agglomérées en foyers, tantôt disposées en rangées entre les fibres conjectives. Dans les parties modifiées depuis plus longtemps, les infiltrats cellulaires cessent, le tissu se sclérose, il apparaît mât, brillant, très pauvre en cellules et en vaisseaux. Dans le tissu sous-cutané peu ou pas de glandes ; par contre infiltration plus ou moins forte de petites cellules.

3° Coupes correspondant aux ulcérations. L'examen microscopique

démontre formellement qu'il s'agissait d'un néoplasme cancéreux, d'un cancroïde cutané.

Observation XXXIII. — Longyar.

Femme de 54 ans, mariée depuis 10 ans. Anémiée. Réglée à 16 ans. Règles régulières jusqu'à ce qu'après quelques irrégularités elles cessèrent il y a 4 ans. Après cette cessation des règles, apparition de symptômes douloureux qui allèrent toujours en augmentant depuis et forcèrent la malade à consulter. Ces symptômes étaient des douleurs dans la hanche et la région lombaire. Il y avait un peu de leucorrhée. La région vulvaire était douloureuse à tel point que le coït était devenu impossible et que la malade s'était séparée de son mari. La défécation et la miction étaient normales.

A la vulve on constate les symptômes d'un kraurosis en pleine période Atrophie des parties, sténose vaginale, taches blanchâtres nombreuses bien marquées, situées sur les nymphes et l'entrée du vagin, qui était très sensible au toucher. L'orifice vaginal admettait à peine l'introduction de deux doigts et les tissus environnants étaient denses et peu dilatables.

Excision. — Description de la technique opératoire. — Les douleurs après l'opération subsistèrent, mais moins fortes. Une nouvelle opération fut encore jugée nécessaire, mais la malade s'y refusa.

Observation XXXIV. — Czempin.

Cas de kraurosis vulvae, en observation depuis huit ans, chez une femme âgée de 20 ans. La maladie débuta par la tuméfaction et l'épaississement du clitoris devenu gris-blanchâtre, s'étendit lentement, mais continuellement sur les grandes et les petites lèvres, qui se réduisirent à un bourrelet de l'épaisseur d'un doigt, et attaqua finalement la commissure postérieure, réalisant ainsi la sténose vestibulaire. Pas de syphilis au début de l'affection, la malade ne fut contaminée que récemment. Au début de la maladie l'introduction d'un petit spéculum était encore possible, plus tard l'introduction de la canule à injections offrait des difficultés. L'examen du vagin avec un doigt amène des fissures à la commissure postérieure. La maladie évolua entièrement sans aucune trace de douleur, ni prurit.

Observation XXXV. — Czempin.

Jeune fille âgée de 22 ans, atteinte de kraurosis vulvae avec prurit intense. Du côté gauche de la vulve, à côté du clitoris, se trouve une

tumeur circonscrite, du volume d'un haricot, légèrement ulcérée à la surface qui produit l'impression d'un carcinome. La tumeur fut extirpée avec la plus grande partie de la vulve. L'examen microscopique démontra qu'il s'agissait réellement d'un cancroïde.

Observation XXXVI. — Czempin.

Femme de 31 ans. Kraurosis et prurit intense. Excision de la vulve tout entière, suture de la plaie par un surjet de catgut. Guérison par première intention.

Observation XXXVII. — Gordes (résumée).

X..., 29 ans, mariée depuis un mois, se plaint d'une affection herpétique très prurigineuse, très douloureuse au niveau de l'entrée du vagin, affection qui dure depuis deux ou trois ans. Antérieurement aurait existé sur l'un des côtés un petit ulcère Depuis le mariage le coït n'a jamais été possible à cause de l'étroitesse de l'orifice vaginal. Un traitement médical longtemps continué (pommade, bains, dilatation de l'orifice vaginal après narcose) n'avait amené aucune amélioration. *Examen*, décoloration blanche de la peau entourant l'orifice du vagin et se continuant en dehors jusqu'aux grandes lèvres. Peau parcheminée sèche fissurée. Çà et là quelques lésions de grattage. Les petites lèvres sont seulement dans leur prolongement supérieur, encore apercevables et plus à gauche qu'à droite. Les grandes lèvres sont également très rétractées. La coloration blanchâtre de la peau se perd en haut dans les poils de la région pubienne, en arrière elle se continue sur le périnée, lequel est médiocrement développé jusqu'à l'orifice anal. L'urètre et la région voisine de la paroi antérieure du vagin ne présentent aucune tache blanche. Atrésie de l'orifice vaginal très forte. On pouvait bien introduire un doigt, mais quand on essaya d'en introduire deux, la malade se recria pour le mal qu'on lui faisait. *Diagnostic*, kraurosis de la vulve, du périnée et de l'anus.

La malade se refusant à toute opération, on institua d'abord un traitement médical qui ne donna aucun résultat. On fit ensuite une large excision des parties atteintes. Toutefois au niveau de l'anus, on se borna à extirper vigoureusement avec la curette tranchante les parties affectées par le processus, et l'on toucha les points correspondants avec une solution forte de sublimé à 1 p. 100. Le seizième jour après l'opération, au moment de la sortie de la malade, il semblait qu'il y eût encore sur la ligne médiane périnéale quelques points de kraurosis. Mais un peu plus tard, on put se rendre compte que toute trace de l'affection avait

disparu et que les points douteux n'étaient que l'effet d'amas de cellules épithéliales où le processus de granulation avait été moins actif. On fut aussi forcé d'opérer cette malade pour obvier à l'étroitesse générale de son vagin.

Observation XXXVIII. — Peter (résumée).

V., 51 ans, femme fortement constituée n'ayant d'autre tare que celle de ses organes génitaux, ligament externe indemne de lésions éruptives, pas de fortes varices aux membres inférieurs. Pas de sucre, pas d'albumine dans les urines. Menstruation à 15 ans, depuis toujours régulière, mais peu abondante et douloureuse. Mariée à 25 ans, cinq accouchements toujours spontanés, le dernier il y a 17 ans. Depuis 5 ans, ménopause ; se plaint de sensation de pesanteur, de tiraillements dans le bas-ventre, de leucorrhée, de sensations de brûlures, de corrosions, s'accusant surtout à l'occasion des mictions. Ne peut préciser la date du début de ces accidents. *Examen.* Catarrhe modéré du vagin et du col, polype gros comme une cerise saillant à travers l'orifice du museau de tanche. Au niveau de la vulve les modifications ordinaires du kraurosis. En même temps que ce polype A. Martin excise une bande de tissus pris par le processus, longue de 2 centimètres, large d'un centimètre, pour examen microscopique. Trois mois plus tard le kraurosis avait fait de grands progrès. Sténose vestibulaire beaucoup plus marquée. La coloration gris argent mat occupait une zone circulaire, et tranchait surtout dans la région du clitoris et de la commissure postérieure. Les petites lèvres, à peu près complètement disparues, étaient réduites à deux petits bourrelets de chaque côté du clitoris. Les parties affectées, au niveau desquelles on constatait de nombreuses érosions, de nombreuses solutions de continuité de l'épiderme, se séparaient nettement de la muqueuse du vagin, tandis qu'au dehors, elles se continuaient peu à peu avec la peau normale par une portion intermédiaire brune brillante. L'écartement des grandes lèvres provoqua la production de fissures qui saignèrent particulièrement au niveau de la commissure postérieure.

Observation XXXIX. — Pichevin et Aug. Pettit.

Il s'agit d'une malade de 28 ans, habitant la campagne. Elle est fille d'un alcoolique. Dans sa première enfance elle a eu la rougeole, et pendant son adolescence, elle a été sujette à des angines qui revenaient fréquemment. Néanmoins on peut dire que cette femme a joui d'une excellente santé jusqu'au moment de son mariage.

La menstruation s'est établie à l'âge de 14 ans. Les règles toujours en

retard ne duraient pas moins de 8 jours et n'étaient pas douloureuses jusqu'en 1892, époque de son mariage.

Il y a quatre ans, Mme X. s'est mariée. Des douleurs ont apparu dès les premières règles qui ont suivi le mariage. La malade n'a jamais eu de retard dans la menstruation. Elle n'a pas fait de fausse couche.

Les rapports ont toujours été douloureux et par suite incomplets. Les souffrances étaient si vives que Mme X. avait dû renoncer à accomplir ses devoirs conjugaux. Peu de temps après son mariage, la malade constata l'existence de flueurs blanches. Elle n'a eu aucun trouble du côté des voies urinaires. Il n'est pas possible de dire s'il y a eu ou non une infection gonococcique. Rien n'autorise non plus à penser à l'existence d'une syphilis. Sept ou huit mois après son mariage, c'est-à-dire, il y a plus de trois ans, Mme X. se plaint de démangeaisons au niveau du clitoris et surtout à la partie supérieure de la grande lèvre gauche. Le prurit, d'abord modéré, augmente progressivement et depuis douze ou dix-huit mois, les démangeaisons ont été assez vives pour priver assez souvent la malade de sommeil.

La maladie, sur laquelle Mme X. ne donna du reste que des renseignements incomplets, semble avoir marché lentement mais d'une façon progressive et sans période de rémission.

Depuis huit ou dix mois la miction est devenue douloureuse. Ce n'est que dans ces derniers temps que les souffrances en urinant ont à peu près disparu.

Au mois d'août 1896, la malade constate qu'elle a une ulcération à l'endroit où siégeaient tout d'abord les démangeaisons. En effet, au niveau de la partie supérieure de la grande lèvre du vestibule, du clitoris, elle observe une perte de substance qui, d'abord peu étendue, superficielle et presque indolore, se creuse, s'étend et s'accompagne de violentes douleurs.

Plus tard, quand le Dr Lamy vit cette malade qui ressentait de violentes souffrances, il modifia les tissus dégénérés, exulcérés et fongueux qui existaient sur les points précités. Il pratiqua des cautérisations au thermocautère et fit des pansements à la cocaïne sur toute la région.

Quand l'un de nous fut appelé en consultation, à la fin de l'année 1896, la douleur était calmée.

L'état général de Mme X. est peu satisfaisant. Elle a beaucoup maigri, son appétit laisse fort à désirer. Cette femme, qui ne semble avoir aucune tare névropathique est une lymphatique dont l'intelligence est obtuse. Aussi avons-nous quelque difficulté à obtenir des renseignements sur le début et la marche de sa maladie.

L'état local est le suivant :

Ce qui frappe tout d'abord, c'est une perte de substance qui porte sur

la région clitoridienne, la partie supérieure de la grande lèvre et le vestibule. Il existe à ce niveau une excavation assez profonde. Dans cette cavité sinueuse, anfractueuse se trouvent des escarres en voie d'élimination et des liquides ayant une odeur pénétrante et fétide, malgré des pansements désinfectants et souvent renouvelés. Les bords de l'excavation à la partie externe sont indurés et déchiquetés.

De plus, à la face externe de la grande lèvre gauche on trouve de petits nodules cancéreux qui permettent d'affirmer la nature de la néoplasie qui avait abouti à l'ulcération et dont l'aspect a été modifié par les cautérisations.

La lèvre droite, légèrement augmentée de volume à sa partie inférieure, semble être le siège d'une infiltration œdémateuse et non pas d'une dégénérescence maligne. La surface est plus lisse que la partie correspondante de l'autre côté.

Les tissus se laissent déprimer et conservent pendant quelques temps l'empreinte des doigts qui les ont momentanément déprimés. En écartant les grandes lèvres on constate que les petites ont subi un certain degré d'atrophie portant sur toute la hauteur des nymphes. Au niveau de la fourchette, la muqueuse est lisse et décolorée, mais non ulcérée ni fongueuse. En introduisant le doigt dans le vagin on détermine une vive douleur qui s'oppose à une intromission complète. On sent que l'on pénètre dans un vagin inextensible. On arrive à 3 ou 4 centimètres au fond d'un entonnoir rigide dont la base est à la vulve et le sommet dans le vagin.

La muqueuse adhère aux parties profondes. On a la sensation d'un tissu épaissi, induré, qui double la muqueuse. Il ne s'agit pas d'une induration comparable à celle qui existe au niveau supérieur et externe de la grande lèvre droite. L'épaississement sous-muqueux donne une sensation tout autre que celle que l'on perçoit en touchant les portions néoplasiques. La zone cancéreuse est relativement éloignée et bien séparée de la portion de muqueuse que nous envisageons. L'examen histologique a du reste permis de vérifier l'exactitude de ces constatations cliniques et de différencier nettement les zones cancéreuses de tissus qui étaient le siège du kraurosis.

En outre, à la surface des téguments non envahis par la dégénérescence cancéreuse, on voit au niveau de la fourchette et à l'entrée du vagin différentes plaques blanches, nacrées, de largeur variable et dont les plus larges ne dépassent pas la grandeur d'une pièce d'argent de 20 centimes.

Ces plaques blanchâtres ont exactement les mêmes caractères que celles qui ont été décrites sous le nom de leucoplasie vaginale.

Il existe un engorgement ganglionnaire dans les deux aines. A gauche,

on trouve un gros ganglion qui soulève la peau et qui est le siège d'une fluctuation peu manifeste.

L'ouverture de cette collection donne issue à un liquide sanieux, d'odeur infecte. Les parois de la cavité sont anfractueuses, bourgeonnantes et ont mauvais aspect. Nous enlevons à plusieurs reprises des portions de muqueuse en différents points.

Sous le chloroforme nous constatons que le rétrécissement vulvo-vaginal n'est pas le résultat d'un spasme, mais qu'il s'agissait bien d'une induration sous-épithéliale qui transformait la vulve et la partie la plus antérieure du vagin en un canal induré inextensible et rigide.

Le diagnostic, avant l'examen des pièces prélevées avait été : leucoplasie compliquée de dégénérescence cancéreuse ou plutôt kraurosis avec transformation épithéliomateuse.

L'examen histologique que nous avons résumé au chapitre Anatomie pathologique confirma ce dernier diagnostic.

Observation XL. — Baldy et Williams (Observation résumée).

Femme âgée de 43 ans, mariée depuis 19 ans, mère d'un enfant âgé actuellement de 14 ans. Accouchement normal, pas de fausse couche. Jusqu'à il y a 4 ans bien portante, quoique toujours un peu nerveuse. A cette époque la malade commença à souffrir d'un prurit vulvaire obstiné qui ne resta pas cependant permanent. Elle éprouvait en même temps une sensation de pesanteur et de gêne à la région vulvaire. Règles régulières. Leucorrhée. Etat général assez bon, quoique la malade ait de la dyspepsie. Mictions fréquentes, quoique normales. Tuberculose dans les antécédents héréditaires. Pas de maladies vénériennes.

La malade a subi un traitement pour un rétrécissement de l'orifice vaginal, qui augmentait graduellement depuis trois ou quatre ans, et avait rendu le coït de plus en plus difficile, à tel point qu'il y a deux ans il devint impossible.

A l'examen physique, depuis le mont de Vénus au-dessous du clitoris et s'étendant en arrière jusque près de l'anus, la peau et la muqueuse qui entoure le périnée ont une apparence blanchâtre, comme macérée. Le clitoris et les nymphes ont disparu et les grandes lèvres sont presque sondées. La fourchette n'existe plus et l'orifice vaginal est à peine suffisant pour permettre d'y introduire le bout du petit doigt, et encore la malade souffre-t-elle beaucoup. De l'orifice vaginal les lésions s'étendaient latéralement à une distance d'un demi à trois quarts de pouce. Il n'existait pas de taches rougeâtres ni d'écoulement leucorrhéique.

La maladie fut opérée et guérit parfaitement.

Observation XLI. — Himmelfarb (résumé).

Mme S. L.., âgée de 31 ans. Trois accouchements, le dernier il y a cinq ans, et un avortement au 3e mois de la grossesse il y a 3 ans. Dans toutes les grossesses et couches pas de complication Après l'avortement curetage. Les règles qui avaient toujours été régulières et peu abondantes et sans douleurs avant l'avortement restent régulières, mais deviennent à la suite très abondantes et douloureuses. Pertes sanguines entre les règles. Leucorrhée.

Il y a deux ans prurit vulvaire, augmenté dans les dix derniers mois. Miction difficile, douloureuse. Sensation de tension, de pesanteur, de tiraillement dans le bas-ventre, parfois douleur atroce.

Malade de constitution normale. Viscères en fonction normale. Pas de sucre, pas d'albumine.

A l'examen local, les grandes lèvres ne forment que deux replis, ne débordant que très peu la peau voisine et se perdant invisiblement dans le tissu du périnée déchiré. L'entrée du vagin est entrouverte par la déchirure du périnée du second degré Le tissu des lèvres et du vestibule du vagin sont d'une couleur gris blanc, nacre de perle, accusée surtout au niveau du prépuce induré du clitoris La peau des organes génitaux est sèche, très friable avec beaucoup de petites fissures et se déchire facilement sous la moindre tension.

Le vagin est hypérémié, à parois lisses, sans replis, l'utérus en antiflexion, mobile, les annexes libres. L'opération proposée fut refusée par la malade. On fit seulement une biopsie.

Observation XLII. — Ewald.

Femme de 37 ans, n'a pas d'antécédents héréditaires ni personnels. A été réglée à 16 ans. A eu un premier accouchement à 21 ans, ensuite quatre grossesses et accouchements normaux, quatre fausses couches du 3e et 4e mois. Leucorrhée constante. Ménopause à 48 ans sans troubles particuliers.

Depuis 1896 prurit vulvaire intense, surtout pénible la nuit. Malgré le traitement par le nitrate d'argent et des pommades. Le prurit persistait et d'autres symptômes vinrent s'ajouter notamment des douleurs à la miction et à la marche. Ces phénomènes, de même que des taches blanches remarquées sur la vulve, décidèrent la malade de consulter deux ans après le prurit.

A l'examen on est frappé par l'atrophie très prononcée des organes génitaux externes ; les grandes lèvres sèches, lisses avec des plis cutanés durs sans dépression aucune. En écartant les grandes lèvres on constate

l'absence de petites lèvres. Le périnée montre une cicatrice ancienne, suite d'une déchirure ; la muqueuse de la vulve paraît pâle, le clitoris paraît être attiré dans le vagin. S'il est fortement rétracté, le prépuce paraît hypertrophié et se présente sous la forme d'un corps blanchâtre se trouvant à la place où se trouve à l'état normal le clitoris. La coloration blanchâtre du clitoris est due à la kératinisation de l'épiderme ; des taches nacrées analogues se trouvent sur les deux grandes lèvres atrophiées. L'entrée du vagin est étroite ; l'introduction du doigt est très douloureuse. Il y a prolapsus léger et rétroflexion de l'utérus sénile, atrophié, ulcérations du col. L'état général est bon. Il n'y a ni sucre, ni albumine dans les urines.

Pendant six semaines, la malade fut traitée par des lotions astringentes et antiseptiques, phénol, alcool, etc., ensuite applications locales d'ichthyol, bains de siège. Amélioration, mais pas de guérison. Excision par le procédé de Martin : guérison qui se maintient depuis un an. Une légère tension à la marche et pendant la miction peut être attribuée à la contraction cicatricielle.

Observation XLIII. — Ewald.

Femme de 36 ans. Pas d'antécédents héréditaires ni personnels. Depuis l'âge de 16 à 19 ans, chlorose et leucorrhée. Réglée à 15 ans, règles toujours régulières. En novembre 1899 grossesse. Depuis quelques années déjà avant la grossesse, la malade se plaignait de prurit qui s'aggrava beaucoup pendant la grossesse. En même temps, il s'y ajouta des douleurs à la miction.

Femme normalement constituée. Appareils normaux. Pas de sucre ni d'albumine. Grossesse de huit mois, enfant vivant.

A l'examen, atrophie vulvaire. La peau paraît blanche et sèche, surtout la grande lèvre droite qui est couverte d'un épiderme épais. Les parties environnantes sont sèches et rouges pâles, couvertes de taches blanchâtres Plusieurs petites déchirures paraissent parvenir du grattage. Les petites lèvres avaient complètement disparu. L'hymen déchiré par places était épaissi de coloration jaune rougeâtre L'entrée du vagin, rétrécie, est douloureuse au moindre attouchement. Il y a leucorrhée intense, suite de vaginite granuleuse.

Traitement palliatif, amélioration. A l'accouchement à terme la tête s'engage facilement dans le bassin normal, cependant à la fin lorsque le col était parfaitement effacé, la malade était épuisée et fut prise d'inertie utérine. Comme les moyens employés ordinairement en pareil cas ne donnaient pas de résultat, on dut intervenir à l'aide du forceps. Episiotomie bilatérale. L'accouchement a pu être achevé sans difficulté. Après

la sortie du placenta, les deux incisions latérales furent suturées. Les suites de couches furent normales. Huit semaines plus tard on pratiqua l'excision des parties malades. Réunion par première intention, sauf en un endroit.

L'examen histologique des parties excisées montre une atrophie ayant envahi tout le tissu, avec de faibles traces d'irritation inflammatoire. Lorsqu'on examine sous les microscopes des couches séparées, on remarque l'épaississement de l'épithélium.

Observation XLIV. — KREIS (résumée).

Il s'agit d'une femme âgée de 42 ans 1/2, ayant accouché plusieurs fois, à chaque fois il y eut déchirure du périnée. Règles toujours régulières.

Depuis plusieurs années la malade souffre de prurit vulvaire. Il y a 4 ans elle se fit exciser un papillome de la petite lèvre ; il y a un an et demi il en survint un nouveau à côté du clitoris qui causa, surtout dernièrement, des douleurs brûlantes et s'ulcéra. La malade fit des lavages avec de l'alun et aussitôt après elle s'aperçut qu'il se formait au-dessous du papillome une ulcération qui augmentait progressivement, en même temps il y eut du prurit.

Femme gracile. Pas de diabète. Rien dans les organes internes.

La vulve est fortement rétractée, les poils sont rares. Le clitoris avait disparu, du prépuce il reste à peine des traces. Les petites lèvres manquent. L'anneau vulvaire est de coloration blanchâtre, rétréci, la peau est friable et est couverte de petites ulcérations. A gauche du clitoris se trouve un papillome du volume d'une noisette, aussitôt au-dessous se trouve une ulcération des dimensions d'une pièce de dix centimes, ayant une surface lisse, rouge, des bords cicatriciels et reposant sur une base dure. Les ganglions inguinaux sont augmentés à gauche.

Les organes génitaux internes sont normaux. Biopsie. L'examen microscopique du fragment de l'ulcération démontra qu'il s'agissait d'un carcinome. Excision de l'ulcération, du papillome et des tissus kraurosés. Extirpation des ganglions inguinaux.

A l'examen microscopique on trouva le tableau caractéristique de lésions kraurotiques à un stade peu avancé.

4 mois plus tard, extirpation des ganglions inguinaux cancéreux du côté droit. On trouva une petite infiltration cutanée au-dessous de l'endroit où se trouvait autrefois le clitoris. On l'excisa et l'examen microscopique releva, à nouveau, des lésions de kraurosis.

Observation XLV. – Phannenstiel-Trespe (résumée).

Femme âgée de 47 ans, de bonne constitution, nullipare, souffrant du prurit depuis 30 ans. Tension et tiraillements du côté de la vulve, mais pas à l'anus ; coït impossible. Le rétrécissement de l'anneau vulvaire s'était développé lentement, depuis 10 ans. Il y a 4 ans, tentative de vaincre la sténose vestibulaire par deux incisions, en haut et en bas, mais sans succès. Bientôt aggravation du mal ; la malade commence à souffrir d'insomnie et devient nerveuse. Ménopause depuis 9 ans. La malade n'aurait jamais eu de leucorrhée, ni syphilis, ni blennorrhagie.

Les petites lèvres et le clitoris ont complètement disparu Les grandes lèvres sont aplaties et présentent l'aspect de petits bourrelets ; les poils sont rares. Sur la commissure postérieure et dans la région clitoridienne les lèvres sont presque soudées sur une étendue de 1 centimètre en arrière, de deux ans en avant : la sténose vestibulaire est presque complète et permet à peine l'introduction d'un doigt. La peau de la région kraurosée est blanc-grisâtre, ridée et présente quelques fissures L'anus est également atteint, mais à un degré moindre. L'urèthre est complètement libre. Le vagin et l'utérus présentent des signes de légère atrophie présenile.

Amputation de la vulve Excision de tous les tissus malades. Guérison par première intention.

La malade fut revue 4 ans après l'opération. La guérison se maintient. Le coït peut facilement être pratiqué.

Observation XLVI. – Trespe (résumée).

Femme âgée de 49 ans, célibataire. Eczema de la tête à l'âge de 5 ans, plus tard, pendant de longues années leucorrhée. Il y a 10 ans, fièvre typhoïde. Depuis huit ans, trachome cicatriciel bilatéral avec entropion.

La maladie actuelle débuta il y a 4 ans par le besoin fréquent d'uriner et par une sensation de brûlure à la vulve. La leucorrhée était intense. Les grandes lèvres auraient été tuméfiées. Rien dans les autres organes.

La vulve présente un aspect particulier : Les grandes lèvres sont aplaties, de coloration gris-brunâtre ; les poils rares ; l'épithélium est déchiré par places ; sur la surface cutanée on voit deux plis qui donnent aux lèvres un aspect ridé. Au bord interne des grandes lèvres se trouve un liseré de 3 centimètres de largeur de pigmentation brun-noirâtre. Les petites lèvres ont disparu complètement en bas, en haut elles sont à peine marquées. Le prépuce du clitoris est réduit à un petit bourgeon qui ne couvre que la base du clitoris augmenté de volume. Les parois inter-

nes du vestibule sont blanc-grisâtres, lisses, et, dans la partie supérieure d'une coloration rouge brunâtre. L'entrée du vagin laisse passer à peine le petit doigt. Les parois vaginales sont couvertes d'un épithélium brillant, argenté. La peau autour de l'orifice uréthral est fortement tendue. L'urèthre lui-même est rouge et tuméfié.

L'examen des organes génitaux internes est impossible. Leucorrhée abondante, sans gonocoques. Pas de traces de syphilis. Traitement médical sans succès. Opération : Excision totale de la vulve, à l'exception de l'orifice uréthral.

La malade fut revue deux ans après l'opération. Les troubles anciens avaient reparu. La malade se plaint surtout des envies fréquentes d'uriner ; la miction est douloureuse et s'accompagne d'une sensation de brûlure. Leucorrhée vaginale. Le traitement médical n'apporte aucun soulagement. L'entrée du vagin est très étroite.

L'examen microscopique montre qu'il s'agit d'un processus inflammatoire aigu arrivé à la période chronique.

Observation XLVII. — Trespe (résumée).

Femme âgée de 35 ans, vierge. Tuberculose pulmonaire et articulaire. Kraurosis vulvae qui daterait de 6 à 8 ans sans avoir donné lieu à aucun symptôme pénible. C'est à peine si la malade aurait éprouvé une légère sensation de brulûre à la vulve.

Les grandes lèvres sont normales. Les petites lèvres ont disparu presque complètement, de même que le clitoris, le prépuce est atrophié. L'orifice uréthral est pâle, non tuméfié. La peau du vestibule est de coloration gris-jaune-rougeâtre dure, ridée. L'entrée du vagin admet à peine le petit doigt On ne voit nulle part d'épaississement épithélial.

Le traitement médical fut sans effet.

La malade se refusa à la biopsie.

Observation XLVIII. — Jung (résumée).

Femme âgée de 40 ans. 4 accouchements normaux. Premières règles à 14 ans, toujours régulières. Depuis deux ans, cependant, elles sont devenues plus abondantes, et s'accompagnent de douleurs sacrées s'irradiant aux cuisses. Dans les antécédents : scarlatine, catarrhe pulmonaire. Actuellement lésions du sommet droit. La malade vient consulter pour des troubles occasionnés par une tumeur abdominale. A l'examen, on trouve des myomes multiples de l'utérus et du kraurosis de la vulve. Vu l'état précaire de la malade on se borne à pratiquer la castration qui amène la diminution des tumeurs.

Les organes génitaux externes sont atrophiés, la muqueuse est lisse, brillante, blanchâtre, les petites lèvres ont disparu, le prépuce est rudimentaire, une dépression molle existe à la place du clitoris. L'orifice de l'urèthre est très étroit, ne laisse pas passer le plus petit catheter ; l'entrée du vagin extrêmement étroite, à sa face inférieure, à gauche, une plaque rouge ulcérée ayant les dimensions d'une pièce de deux francs.

Excision d'une portion de l'ulcération ; cautérisation de l'ulcération tout entière. Dilatation de l'urèthre.

L'examen anatomo pathologique du lambeau excisé montre l'aspect typique du cancroïde avec infiltration profonde du stroma. Excision de l'ulcération tout entière et du clitoris rudimentaire.

L'examen histologique ne montre pas de lésions caractéristiques du kraurosis.

Observation XLIX. — DARGER.

Femme, âgée de 48 ans. Il y a 8 ans consultait pour douleurs pendant les règles qui étaient irrégulières et rares et des pertes blanches, peu abondantes. A l'examen à cette époque : virgo intacta, organes génitaux normaux, ni prurit, ni érosion vulvaire. Traitement général par des préparations de fer ; pas de traitement local. Revue deux ans plus tard : même état des organes génitaux. Se maria à l'âge de 43 ans. Pendant 5 ans bien portante ; ménopause depuis 3 ans. Depuis un an le coït devient de plus en plus difficile. Depuis 3 mois, sensation de plaie à la vulve, puis sensation de brûlure, et quelque temps après prurit. Légère douleur à la miction, sans augmentation de la tension vésicale. Presque pas de pertes. Depuis 8 jours les douleurs augmentent, sensation de gêne à la marche allant jusqu'à l'impossibilité de marcher. A l'examen local on trouve le tableau typique du kraurosis. Légère leucorrhée. Pas de blénorrhagie.

Amélioration passagère sous l'influence du traitement local (pommade à l'ichtyol, badigeonnage à la cocaïne), puis aggravation. Excision de la vulve comprenant les restes des petites lèvres, la moitié des grandes lèvres, la commissure postérieure, le clitoris rétracté jusqu'à la commissure antérieure

L'examen microscopique des tissus malades révèle les lésions suivantes : *a*) oedème des corps papillaires ; *b*) disparition des fibres élastiques ; *c*) lésion chronique des vaisseaux.

Observation L. — STOWER (résumée).

Relation d'un cas de kraurosis vulvae traité par les rayons X.

Mme F. G. P., âgée de 50 ans, qui souffrait beaucoup de kraurosis de la

vulve depuis plusieurs années me fut envoyée par le Dr Fleming qui avait fait le diagnostic pour essayer les rayons X.

La région malade comprenait les petites lèvres et toute la muqueuse comprise entre elles. La douleur était très vive. La malade quoique très intelligente prétendait que l'on ne connaissait rien de l'effet des rayons X dans cette affection. Elle avait cependant complètement abandonné tous les émollients dont elle avait fait usage jusqu'ici et qu'elle appliquait sur les parties malades. Elle éprouvait de très vives douleurs. On employa l'ampoule Kinraide, renforcée par un courant direct de 220 volts, un tube du milieu vide, à une distance de six pouces, pendant dix minutes, toute la peau environnante étant protégée par une sorte de bouclier fait d'une feuille de plomb.

L'expérience fut faite le 2 mars 1903 à 2 heures de l'après-midi. Le soir la malade souffrait tellement qu'elle fit appeler le Dr Fleming, qui trouva la région malade plus rouge que de coutume, enflammée, œdémateuse, ayant toute l'apparence d'un érysipèle.

La dernière séance fut faite une semaine ou deux après.

Quand l'inflammation fut dissipée, le Dr Fleming excipa les parties malades.

L'auteur attribue cet heureux résultat aux rayons X et à la propreté de la malade.

Nous allons exposer maintenant les observations qui nous sont personnelles, ainsi que les observations inédites recueillies depuis plusieurs années à l'hôpital Broca dans le service de M. le Dr Jayle.

Observation I (Personnelle).

Mme P..., ménagère, âgée de 43 ans, mariée. A été réglée à 16 ans. Les règles ont cessé sans cause appréciable pendant près d'une année, puis ont réapparu, mais ont toujours été irrégulières, peu abondantes, douloureuses.

Cette femme n'a jamais eu d'enfants, n'a pas fait de fausses couches, n'accuse aucune maladie antérieure, n'est pas spécifique mais dit avoir toujours eu depuis sa puberté des pertes blanches, abondantes surtout vers la vingtième année. Elles ont toujours persisté, mais moins abondantes.

Le 9 juin 1896 on fait à la Salpêtrière un curetage.

Trois ans après en mars 1899 dans le même hôpital, M. le professeur Segond fit à la malade une hystérectomie vaginale.

En 1901 entrée à l'hôpital Broca, la malade y reste trois mois. Le

traitement suivi est douche, bains sulfureux, électricité. La malade présentait probablement à cette époque des symptômes d'insuffisance ovarienne.

A la suite de l'hystérectomie vaginale, environ trois ou quatre mois après la malade vit survenir du prurit vulvaire. Des démangeaisons locales qu'elle n'avait jamais eu jusque-là étaient assez intenses surtout le soir. Elle avait une sensation de pesanteur dans le bas-ventre. Le coït qui jusqu'à cette époque n'avait jamais été douloureux le devint et les rapports conjugaux devinrent presque impossibles. La malade affirme catégoriquement que ce prurit et ces douleurs pendant les rapports n'avaient jamais existé avant l'opération.

La malade a tous ses appareils normaux. A noter toutefois qu'elle est variqueuse

Examen local. — Les poils des organes génitaux sont peu nombreux, courts — ils ne l'étaient pas avant — d'une longueur d'un centimètre et demi à peine. Ils sont de coloration normale. Les grandes lèvres sont de volume et de consistance normale. Elles sont fermes au toucher, non décolorées. Les nymphes sont atrophiées, amincies, comme ratatinées. La nymphe droite sur laquelle l'atrophie est la plus accentuée est plus petite que la gauche dans le sens transversal et longitudinal. Le clitoris et son capuchon sont normaux.

L'orifice vaginal apparaît rétréci dans son ensemble et tend à prendre un aspect cordiforme. De chaque côté de cet orifice on constate la présence de taches rougeâtres s'effaçant sous une forte pression à l'exception d'un piqueté hémorrhagique qui persiste particulièrement à gauche. De ce même côté les taches sont moins grandes que du côté opposé où il existe une tache principale accompagnée de taches plus petites, la principale mesurant environ un centimètre et demi de longueur sur un demi centimètre de largeur. Les taches des deux côtés sont reliées entre elles par une sorte de traînée rougeâtre, de pont qui suit la commissure postérieure.

Ces taches cessent brusquement à l'entrée du vagin ou du moins il n'en existe que quelques points hémorrhagiques le long de ces parois.

Dans leur ensemble les parties génitales de cette malade sont atrophiées, n'offrant pas la coloration rosée normale. Elles sont d'une extrême sécheresse.

L'intromission du doigt dans le vagin est douloureux principalement à gauche. On peut introduire un spéculum, mais avec peine, et une fois introduit, il est impossible de l'ouvrir.

Le 24 juin 1905 on pratique une biopsie.

Examen histologique (Dr Bender). — Fixation au sublimé acétique.

Inclusion à la paraffine. Colorations : Hématéine-Eosine ; Hématoxyline-Van Gieson, orcéine.

Quand on examine les coupes à un grossissement moyen on constate que l'épithélium ne présente pas de modifications très appréciables. Ce n'est qu'à un grossissement plus fort qu'on peut se rendre compte que les cellules les plus superficielles sont plus kératinisées que normalement. Les cellules de la couche moyenne ne présentent rien de particulier. Quant aux cellules de la couche de Malpighi, leur ordination est fréquemment bouleversée par des amas d'infiltration leucocytaire qui s'enfoncent plus ou moins profondément dans l'épaisseur de la couche épithéliale. Immédiatement au-dessous du revêtement épithélial on trouve, ça et là, des vaisseaux à parois très minces, à cavité large et béante, remplie de globules sanguins Ces vaisseaux s'encastrent pour ainsi dire dans l'épaisseur de la couche épithéliale, si bien que, en certains points, ils ne sont séparés de la superficie que par trois ou quatre couches de cellules pavimenteuses. Ces points correspondent évidemment aux taches rougeâtres ou ecchymotiques constatées à l'examen clinique.

Au niveau du derme les lésions se résument en une sclérose assez accentuée, donnant aux tissus sous-jacents à l'épithélium un aspect homogène, dense, parsemé ça et là de foyers d'infiltration embryonnaire. Les vaisseaux sont peu nombreux et présentent un calibre assez réduit.

Sur des coupes traitées par l'orcéine, on constate que le processus de sclérose porte en grande partie sur les fibres élastiques. Celles-ci sont manifestement très hyperplasiées. Au lieu de dessiner au-dessous de l'épithélium un fin réseau de fibrilles grêles, elles forment de gros faisceaux entrelacés qui se condensent en une sorte de bordure au niveau de la face profonde de la couche de Malpighi. Dans la profondeur, les fibres élastiques dessinent un réseau à mailles, irrégulières englobant des îlots conjonctifs. Il existe une hyperplasie très marquée de la charpente élastique des vaisseaux.

Observation II (Personnelle).

Mme C..., 43 ans. Couturière. Réglée à 17 ans. Règles régulières, abondantes. Pertes blanches peu abondantes. Contracte la syphilis à 18 ans. A suivi traitement mercuriel et ioduré. N'a jamais eu d'enfant, n'a jamais fait de fausses couches.

Rentrée à l'hôpital Broca en 1898 dans le service de M. le Professeur Pozzi, y subit une hystérectomie abdominale totale pour fibrôme.

L'état général est bon. Les différents appareils sont normaux. Pas de sucre et d'albumine dans les urines. La malade dit avoir engraissé

depuis l'opération. Elle signale des bouffées de chaleur fréquentes, de l'affaiblissement de la mémoire, un changement de caractère, des idées noires ; symptômes d'insuffisance ovarienne.

Il y a deux mois la malade s'aperçut qu'elle éprouvait de la douleur au moment des rapports, ce qui n'avait jamais eu lieu jusque là. En même temps elle avait une sensation de brûlure au niveau des organes génitaux, de la difficulté pendant la miction et surtout un prurit vulvaire assez intense, plus accentué le jour que la nuit.

Lorsque la malade se présente à nous le prurit a disparu ainsi que la sensation de brulûre et la difficulté à la miction, mais les douleurs pendant le coït persistent. A l'examen les grandes lèvres et les nymphes ne présentent rien de spécial, si ce n'est leur coloration pâle. Les poils ne sont pas cassants, n'ont pas diminué de longueur. Mais après écartement des petites lèvres l'orifice vaginal apparaît rétréci dans son ensemble et présente la forme d'un cœur de carte à jouer. Sur le vestibule et à la face interne des petites lèvres on relève la présence en différents endroits de taches rougeâtres ou même rouge brique, en d'autres de taches blanchâtres. Ces taches ont environ la grandeur d'une lentille et ne sont pas élevées au-dessus de la muqueuse. A la partie inférieure de la petite lèvre gauche il existe un recessus d'un centimètre de longueur environ à bords surelevés, rougeâtre, douloureux au toucher. L'introduction du doigt dans le vagin est douloureux et on parvient difficilement à introduire un spéculum.

Le 20 avril, on pratique une biopsie.

Examen histologique (Dr Bender). — Fixation au liquide de Bonin. Inclusion à la paraffine. Colorations : Hématoxyline-éosine; Hématoxyline-Van Gieson ; orcéine.

A un grossissement moyen, on constate que l'épithélium présente un aspect variable suivant les points considérés. En certains points le nombre des couches de cellules pavimenteuses est diminué, les papilles sont faiblement dessinées et le revêtement se présente sous la forme d'une mince bordure. Ailleurs, au contraire, on constate un épaississement et un léger allongement des bourgeons épithéliaux interpapillaires. La couche de Malpighi est dissociée, en de nombreux points par des traînées de cellules embryonnaires, partant d'amas sous-épithéliaux.

On retrouve, de place en place, quelques glandes sébacées. Le stroma présente d'assez grandes variations suivant les points considérés. En certains points, il est assez lâche et finement fibrillaire, dissocié par de l'œdème. Mais, le plus souvent, ce stroma est très dense, constitué par de grosses travées conjonctives au milieu desquelles on reconnaît quelques fibres musculaires lisses.

Les vaisseaux sont nombreux et présentent des parois épaissies,

d'aspect hyalin. On trouve çà et là des amas irréguliers de cellules embryonnaires.

Sur des coupes traitées par l'orcéine on constate une hyperplasie très manifeste des éléments élastiques. Cette hyperplasie est surtout manifeste au niveau des points où le derme présente cet aspect dense et compact que nous avons signalé. Les fibres élastiques, très épaisses, forment à ce niveau un véritable feutrage.

Observation III (Personnelle).

Femme L..., 32 ans, sans profession. Réglée à 13 ans. Règles très irrégulières, abondantes, durant huit jours. Pertes blanches abondantes, presque continues, parfois rosées. Mariée à 20 ans n'a jamais eu d'enfants, n'a pas fait de fausses couches. Ses antécédents héréditaires sont nuls.

A subi en 1894 une laparotomie pour hystéropexie. En 1895 nouvelle laparotomie itérative pour fistule abdominale. L'année suivante ovariotomie.

Les divers appareils respiratoire, circulatoire, nerveux sont normaux.

Il n'y a pas de sucre ni d'albumine dans les urines. L'état général est bon. La malade n'est pas amaigrie. Elle accuse seulement quelques symptômes d'insuffisance ovarienne post-opératoire : céphalée, bouffées de chaleur, asthénie neuro-masculaire.

En 1894, année de sa première opération, la malade sans cause appréciable éprouve une sensation de pesanteur dans le bas ventre, un peu de prurit vulvaire qui cède au bout de quelques mois. Insensiblement le coït qui jusqu'ici s'était toujours effectué sans douleur devint douloureux à un tel point que la malade dut cesser tout rapport L'introduction du doigt dans le vagin dès cette époque occasionnait de vives douleurs, et il était impossible d'y mettre le spéculum. On fit pendant quelque temps de la dilatation avec des bougies laissées en place pendant vingt minutes. Ces symptômes fonctionnels s'amendèrent et cessèrent bientôt complètement. A la suite des autres opérations la malade ne vit pas survenir les phénomènes douloureux accusés précédemment.

L'examen actuel des organes génitaux externes donne les résultats suivants.

Sur tout le pourtour de la vulve, et à la partie interne des cuisses il existe du prurigo. Les poils sont nombreux, non cassants, et ont conservé leur dimension normale. Les grandes lèvres ont perdu un peu de leur fermeté et de leur consistance habituelle, et sur la partie externe de la grande lèvre gauche on constate la présence d'une érosion large d'un centimètre environ, à bords non surelevés, à fonds rougeâtre.

Soupçonnant une lésion spécifique, nous interrogeons la malade dans ce sens et recherchons d'autres traces de la maladie, mais sans résultat probant.

Les grandes lèvres étant écartées les nymphes apparaissent amincies, ratatinées, d'une couleur blanc grisâtre, un peu diminuées de longueur. Le pourtour de l'orifice vaginal est comme rétréci et a un aspect cordiforme. A la partie inférieure le long de la commissure postérieure il existe une mince bande de tissu sclérosé, résistant au doigt, et en outre quelques taches rougeâtres non surelevées au-dessus de la muqueuse, s'effaçant peu à la pression. La fourchette semble retractée, L'introduction du doigt dans le vagin est quelque peu douloureuse, la mise en place du spéculum difficile. Le reste des organes génitaux ne présente rien d'anormal.

Observation IV (Personnelle).

B.., femme P.., 63 ans, journalière. Réglée à 11 ans et demi. Règles régulières. Mariée mais veuve depuis 35 ans. IX pare. Ménopause à 48 ans. A cette époque symptômes d'insuffisance ovarienne et prurit vulvaire, rapports non douloureux. Antécédents héréditaires et personnels nuls. Appareils circulatoire, respiratoire, nerveux normaux. Pas de sucre ni d'albumine dans les urines. Etat général bon.

A l'examen on constate que les poils de la région sont restés noirs et nombreux, pas cassants. Les parties génitales dans leur ensemble ne sont d'aspect pâle, blanchâtre. Les grandes lèvres sont fermes, un peu violacées. Les petites lèvres sont de grandeur et de structure normales. Lorsqu'on écarte les grandes lèvres l'entrée du vagin a un aspect cordiforme. De chaque côté de cet orifice on relève la présence de nombreux points ecchymotiques ne disparaissant qu'en partie à la pression, au nombre de 35 à 40, plus nombreux cependant à gauche qu'à droite. Le pourtour du méat urinaire en présente également quelques-uns. On peut facilement introduire deux doigts dans le vagin. Le spéculum étant mis en place, on constate sur les parois vaginales des taches ecchymotiques semblables aux précédentes, mais moins nombreuses qu'à l'entrée du vagin. Le col lui-même n'est pas indemne. Des taches de même nature y existent, sur la lèvre antérieure et postérieure, surtout aux extrémités. L'ensemble des organes vulvaires est blanchâtre, pâle, d'une grande sécheresse. Seule l'entrée du vagin est rosée, de teinte normale.

Observation V (Personnelle).

Mme Cr.., 48 ans. Réglée à 13 ans. Règles régulières, peu abondantes, non douloureuses. Pertes blanches de 18 à 22 ans. Mariée à 27 ans.

Pas d'enfants, mais une fausse couche suivie de métrite et péritonite. Dernières règles en mai 1904, réapparaissant en janvier 1905, mais ayant cessé depuis complètement. Pas d'antécédents héréditaires particuliers. Présente actuellement des signes d'insuffisance ovarienne : bouffées de chaleur fréquentes céphalées. asthénie neuro-musculaire. A engraissé. Pas de blennorrhagie, pas de syphilis, mari bien portant, état général assez bon. Appareils respiratoire, circulatoire, nerveux, normaux. Pas de sucre, mais un peu d'albumine dans les urines.

La malade n'a jamais eu de prurit vulvaire. Les rapports qui n'étaient pas douloureux jusqu'à il y a quinze jours le sont devenus et actuellement le coït est presque impossible. Toute la région vulvaire est sensible. La malade éprouve une sensation de pesanteur, parfois de brûlure à ce niveau. La miction est gênée.

A l'examen local les poils sont rares, d'un blond presque gris, courts et cassants. Les grandes lèvres atrophiées considérablement n'existent pour ainsi dire plus. Les nymphes sont amincies, ratatinées, diminuées de volume et d'épaisseur. Si l'on écarte les grandes lèvres qui par suite de fluccidité et de la disparition de leur consistance normale, se rejoignent presque et cachent le reste des organes génitaux, l'orifice vaginal apparaît cordiforme et comme disparaissant presque au fond d'une aire infundibuliforme. Il est rétréci et l'on constate sur toute la muqueuse vestibulaire principalement à la partie inférieure, des taches rougeâtres, peu nombreuses, sensibles au toucher, ne s'effaçant qu'avec difficulté sous une forte pression, non surelevées au-dessus de la muqueuse environnante et qui ne se continuent pas dans le vagin. Le clitoris et son capuchon sont petits, atrophiés. L'introduction du doigt est un peu douloureux et l'on ne peut mettre le spéculum en place qu'en agissant avec précaution, et l'on provoque cependant de la douleur. Le col utérin est gros. L'utérus est normal. Les parties génitales dans leur ensemble ne sont pas blanchâtres, pâles, mais plutôt rougeâtres.

Observation VI (personnelle).

Sophie F..., 43 ans. Réglée à 16 ans. Règles régulières. Pertes blanches abondantes accompagnées de douleurs dans les cuisses, les reins et les fosses iliaques. La malade qui est étrangère et comprend mal le français prétend n'avoir jamais eu de rapports. Elle a subi à New York il y a 6 ans probablement une ovariotomie. Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires. L'état général est satisfaisant.

A l'examen on constate que les poils de la région sont nombreux, non décolorés, pas cassants. Les grandes lèvres sont assez fermes, mais les petites lèvres sont affaissées, amincies, la nymphe gauche presque double de longueur de la droite. L'entrée du vagin est bien rétrécie en forme

d'ovale allongé. On ne trouve pas trace de la membrane hymen. Il existe des caroncules myrtiformes. L'introduction d'un doigt dans le vagin est possible, mais occasionne une vive douleur. L'intromission de deux doigts est impossible et on ne peut parvenir à mettre en place un spéculum, même petit. Le clitoris et son capuchon sont normaux, mais il existe à 1/2 centimètre au dessous de lui une petite tache ecchymotique non saillante.

Observation VII (personnelle).

Femme G..., 53 ans, ménagère. Réglée à 10 ans et demi. Règles régulières, abondantes, un peu douloureuses Leucorrhée constante. Mariée à 18 ans. Cinq accouchements normaux, une fausse couche. Pas de blennhorragie, pas de syphilis. Ménopause accompagnée de symptômes d'insuffisance ovarienne. Les antécédents héréditaires ne présentent rien de particulier. Dans les antécédents personnels on relève l'existence de coliques hépatiques à plusieurs reprises suivies d'ictère.

L'état général actuel est peu satisfaisant. A l'inspection on constate un amaigrissement général, un thorax globuleux, des seins affaissés, un ventre en saillie, une teinte subiotérique des conjonctives. Au côté droit de l'abdomen s'élève une saillie en masse que la palpation révèle dure, lisse, sans forme précise, suivant les mouvements respiratoires.

Le foie est gros, marronné et dépasse le rebord costal, semblant faire corps avec la tumeur. Matité jusqu'à deux travers de doigt au dessous des fausses côtes, submatité ensuite jusqu'à l'ombilic.

Le malade a eu il y a quinze jours des méthorrhagies assez abondantes. Actuellement les pertes de sang ont cessé, mais il existe une douleur assez vive dans l'hypocondre droit. A l'examen local les poils sont rares, grisonnants. un peu raccourcis, non cassants. Les grandes lèvres sont encores assez épaisses, non œdématiées, mais d'une couleur blanc grisâtre. Les petites lèvres, de même couleur, sont très affaissées, amincies présentent des plis transversaux. L'orifice vaginal est rétréci surtout dans sa partie inférieure où il existe une sorte de sillon blanchâtre, situé au devant des caroncules hyméneaux, formé manifestement de tissu de sclérose. Ce sillon qui tranche sur la muqueuse vestibulaire environnante remonte assez haut de chaque côté de l'entrée du vagin, environ à un centimètre. On constate en outre sur cette même muqueuse vestibulaire l'existence de taches rougeâtres, d'un rouge plus foncé que la muqueuse normale, peu sensibles au toucher et ne disparaissant qu'à demi sous la pression du doigt. Le clitoris caché entièrement par son capuchon ne paraît pas atrophié. L'introduction du doigt dans le vagin provoque de la douleur.

Observation VIII (Personnelle).

Femme M..., mécanicienne.

Cette malade, qui est âgée de 77 ans, a été mariée et a eu deux accouchements normaux à un an d'intervalle. Réglée à 14 ans. Ses règles ont toujours été régulières, peu abondantes, non douloureuses. La ménopause qui a eu lieu à 46 ans s'est effectuée sans troubles particuliers. Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires. Elle a eu, dans sa jeunesse, la fièvre typhoïde et un érysipèle de la face. Actuellement elle est asthmatique et emphysémateuse. Les autres appareils ne présentent rien de particulier.

A l'examen, les grandes lèvres paraissent de dimension normale, mais sont affaissées, flasques, recouvertes de poils grisonnants et rares. Elles ont un aspect blanchâtre uniforme. Les petites lèvres présentent la même coloration, mais sont ratatinées, amincies, rétractées vers le haut. Dans son ensemble la vulve est pâle et atrophiée.

L'entrée du vagin, les grandes lèvres étant écartées, offre un aspect infundibuliforme. Il semble qu'une rétraction lente se soit produite qui en ait rétréci l'orifice. En effet on remarque au-dessous de la nymphe droite, suivant le pourtour de l'orifice vaginal, l'existence d'une sorte de bande de tissu de sclérose qui donne, au toucher, une sensation ferme, résistante. Cet anneau de sclérose n'est pas complet, car au-delà de la commissure postérieure il est à peine marqué du côté gauche.

On constate également sur la muqueuse vulvaire, après avoir écarté les lèvres, plusieurs taches rougeâtres à bords nettement limités, non surélevées au-dessus de la muqueuse normale, peu sensibles au toucher et ne disparaissant pas à la pression, plus nombreuses à gauche qu'à droite, entourées de taches plus petites ne dépassant pas le diamètre d'une lentille, arrondies, sorte de piqueté hémorrhagique ; taches qui augmentent de nombre à mesure que l'on pénètre dans le vagin, si bien qu'une vulve, étant mise en place, celui-ci apparaît comme criblé, sur toutes ses parois, de taches ecchymotiques. Ces pigmentations hémorrhagiques ne disparaissent pas par la pression. Le col présente également des taches de même nature.

Observation IX (Personnelle).

Mme J..., 51 ans, blanchisseuse. Réglée à 16 ans. Règles régulières, assez abondantes, non douloureuses jusqu'à 24 ans. Mariée, a deux grossesses, la première se termine par une fausse couche au 7e mois, durant la seconde le fœtus se transforme en lythopédion. A partir de ce moment les règles cessèrent. La malade après avoir gardé sa tumeur

pendant 15 ans est opérée en 1899 à l'hôpital Broca. Rien de particulier dans les antécédents héréditaires. Pas de blen norrhagie, pas de syphilis, pas de leucorrhée. L'état général est bon. La malade qui habite la campagne et est fortement pigmentée paraît très robuste. Les divers appareils ne présentent rien de particulier. Pas de sucre ni d'albumine dans les urines. Elle accuse quelques signes d'insuffisance ovarienne.

Quelque temps après l'opération subie en 1899, la malade eut du prurit vulvaire, surtout le soir. Ce prurit d'ailleurs peu accentué cessa bientôt. Les rapports qui s'étaient toujours accomplis normalement commencèrent à devenir douloureux, s'accompagnaient d'une sensation de pesanteur dans le bas ventre. Deux ans après l'opération le coït était douloureux, mais possible. Depuis une année il est devenu presque impossible.

A l'examen local les poils sont rares, grisonnants, courts. L'ensemble des organes vulvaires est violacé. Les grandes lèvres sont flétries, diminuées de volume et d'épaisseur. Les nymphes qui ont conservé à peu près leur dimension normale sont flasques, affaissées, amincies, la nymphe droite est un peu plus longue que la gauche. Les grandes lèvres écartées, l'orifice vaginal apparaît ayant une forme oblongue et est manifestement rétréci. A la commissure postérieure il existe une sorte de bride transversale de tissu sclérosé. La fourchette semble rétractée. L'introduction du doigt dans le vagin est possible. La mise en place du spéculum est difficile et occasionne d'assez vives douleurs.

Observation XI (Inédite).

Femme Zim..., 45 ans. A eu trois accouchements, le premier avec application de forceps, les deux autres normaux. Pas de fausses couches, pas de blennorrhagie, pas de syphilis.

Réglée à 16 ans. Règles régulières, peu abondantes, ne durant qu'un jour, non douloureuses.

A des pertes blanches qui ont débuté après son premier accouchement, mais ont toujours été peu abondantes.

A la suite également de son premier accouchement elle a eu des douleurs qui ont toujours persisté depuis. Ces douleurs siègent dans le ventre, sur la ligne médiane, dans les reins et les cuisses.

La malade a été opérée, il y a 17 ans, à la Clinique de la rue d'Assas pour un kyste. A la suite de cette opération les douleurs avaient diminué mais non disparu.

Cette femme a subi une 2e opération à Insbruck, sans amélioration.

Anorexie, mauvaises digestions, pas de constipation, pollakiurie et mictions peu douloureuses. L'appareil pulmonaire et l'appareil circulatoire sont normaux. Elle présente les signes de l'insuffisance ovarienne.

Examen physique. — Les petites lèvres sont atrophiées et se réunissent en arrière, au niveau de la fourchette où il existe une sorte de membrane qui les réunit. On ne voie cette disposition qu'à la partie externe, car en dedans il n'existe aucune trace de démarcation. En haut les petites lèvres se bifurquent. Une tranche va se perdre sur la grande lèvre et l'autre aboutit au clitoris, plutôt à sa partie inférieure, si bien que le capuchon du clitoris paraît indépendant des petites lèvres et est atrophié. L'entrée de la vulve, quand les petites lèvres sont écartées, a un aspect infundibuliforme. Les grandes lèvres existent à peine. Le col utérin est dur, fibreux, déchiqueté, un peu augmenté de volume. Le corps utérin est en avant, les annexes gauches sont hypertrophiées et un peu douloureuses, les annexes droites paraissent saines.

Au spéculum on trouve que le vagin est rouge et le col très enflammé.

Observation XII (inédite).

Joséphine G.., 52 ans, ménagère. Réglée à 12 ans. Règles régulières, abondantes, durant 8 à 9 jours. Dernières règles il y a 18 mois.

Accouchement à 26 ans, suivi d'infection puerpérale. 2 ans après a été opérée pour des polypes utérins. Pas de fausses couches.

Elle a eu des pertes blanches pendant 12 ans mais elles ont disparu en même temps que les règles. Ni pertes jaunes ni pertes rouges. Depuis que la malade a eu des polypes elle a des douleurs s'irradiant dans les reins, les cuisses et le fondement et ces douleurs auraient augmenté depuis 18 mois.

Les appareils respiratoire, circulatoire et urinaire sont normaux, mais il existe des signes d'insuffisance ovarienne apparus après l'opération.

Examen physique. — Vulve déchirée en arrière, colpocèle antérieure et postérieure. L'entrée de la vulve est douloureuse à la pression ; et juste au devant de l'hymen, on voit, à droite et à gauche, une série de petits points rougeâtres, disparaissant à peu près complètement par la pression, gros comme une tête d'épingle, on en compte six entre le clitoris et le méat.

Au niveau du méat et à sa partie inférieure il semble que la muqueuse fasse issue sans qu'il soit possible de dire s'il s'agit de la muqueuse

uréthrale ou de la muqueuse vaginale. On voit à ce niveau un placard rougeâtre, noirâtre à la partie inférieure.

Il y a 15 à 16 ans la malade s'est aperçue de la présence d'un petit point rouge, gros comme un grain de millet, au niveau du méat. Il s'agissait très certainement d'un petit polype de la muqueuse qui existe toujours, mais qui, il y a 18 mois, s'est continué avec la muqueuse uréthrale par une petite plaque rouge qui est devenue noire et très douloureuse A ce niveau la pression est sensible au point de faire crier la malade. Cette tache qui est restée noire depuis 15 mois, a environ 1 centimètre de hauteur sur 6 millimètres de largeur ; elle est ovalaire et ne change pas de ton ni de dimension suivant les situations de la malade.

Le col a une tendance à se reporter en arrière. On arrive difficilement à toucher l'ovaire. La paroi abdominale peu relâchée est très adipeuse.

Observation XIII (inédite).

Femme D..., 47 ans. En 1888 a subi une hystérectomie vaginale et en 1889 sur la parotomie.

Avant l'opération elle avait de fortes douleurs, qui s'irradiaient dans les reins, les cuisses et l'anus et des pertes jaunâtres abondantes qui avaient déjà nécessité un curettage.

Ces douleurs et ces pertes sont apparues de nouveau après l'opération et ne disparaissent jamais tout en étant plus fortes à la suite de fatigues.

Elle présente les signes de l'insuffisance ovarienne post-opératoire. Examen actuel. Vulve très étroite. Vagin de la profondeur de l'index, se terminant par une cicatrice indurée et un peu douloureuse. Il y a une atrophie certaine de la vulve, mais on ne peut dire si elle est due à l'opération ou à l'âge de la malade. Il existe une éventration assez marquée. La malade porte une ceinture ventrière.

Observation XIV (Inédite).

Madame P... Cette malade qui est âgée de 43 ans, mariée, a subi en mars 1898 une hystérectomie vaginale pour fibrôme enclavé de l'utérus. Depuis douleurs lombaires fortes, pertes jaunâtres, écoulement menstruel à peu près nul, nombreux symptômes d'insuffisance ovarienne,

A l'examen la vulve est étroite, rétrécie. Il est impossible de toucher avec deux doigts et de pratiquer un examen complet, tellement est grande la sensibilité de la vulve. La cicatrice est hypéresthésiée. Rapports presque impossibles par suite de l'étroitesse de la vulve et de la douleur très profonde.

VU :
Le Président de la thèse,
POZZI.

VU :
Le Doyen,
DEBOVE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Lawson-Tait. — Serpiginous vascular Degeneration, Diseas, of women, 1877, p. 43. — Traité clinique des maladies des femmes, traduit par le Dr Betrix, p. 79.

Breisky. — Ueber kraurosis vulvae eine wenig beachtete Form von Hautatrophie am pudendum muliebre. *Zeitschrift fur Heilkunde*, 1885, Bd. VI, p. 69.

Fleischman. — Beitrag zur kraurosis vulvae. *Prager* med. Wochenschrift, 1886, n. 36, p. 341.

Lebedeff. — Contribution à l'étude de l'atrophie des organes génitaux de la femme. Trad. de Ejened. Klin. gaz. St-Petersbourg, in Gaz. de gynécologie. Paris, 1887, II. 53.

Janowsky. — *Ueber kraurosis vulvae*. Monats. chrs für prakt. Dermat., 1888, Bd, VII, p. 951.

Heitzman. — Krauroris of the Vulva (Breisky). *Tr. Am. Derm. Assoc., Boston*, 1888, p. 64. — *Monats hefte f. prakt. Dermat.*, Bd., X, p. 297.

Ohman-Dusmenil. — Kraurosis vulvae. *New Orleans med. a. surg. Journ.*, mars 1890, XVII, p. 622. — *Monatsh. f. prakt. Derm.*, Bd. X, p. 293.

Dorsett. — A case of atrophy of the femal Genitalia following Preguancy. St-Louis Cour Med. 1900, p. 82-91.

Ortmann. — Ueber « kraurosis vulvae ». Zeitschr. f. Geburtsh. u. gyn , 1890, XIX, p. 283.

Hallowel. — Kraurosis vulvae. Northwest Lancet, 1891, XI.

Frederick. — Kraurosis vulvae. *Times and Reg.*, vol. 22, VIII, 1891.

Smith. — Kraurosis vulvae. Buffalo med. a. surg. Journ., 1890-91, XXX, p. 160.

Adam. — Kraurosis of the vulva. *Austrialian med. J. Melbourne*, 1892, n. s. XIV. p. 407-409.

Bartels. — Ueber kraurosis vulvae. Thèse de Bonn, 1892.

Hatchette — Kraurosis vulvae. *Ann. of. Gyn. a. Pad.*, 1893, VI, p. 139.

Lawson-Tait. — Amer. Gyn. and Obst. Journ , 1894, vol. V.

Reed. — Progressive cutaneous Atrophy of the vulva (Kraurosis vulvae) considered with special reference of its operative Treatmen. Am. Gyn. and Obst. Journal, 1894, V, p. 556. — New-York Med. Journal 1894, LX, p. 385-390.

Rona. — Beitrag zur kraurosis vulvae. *Monatsschr. f. geburtsh. u. Gyn.*, 1896, I. — Frommet's Jahrbuch, 1894, p. 239.

Martin. — Ueber kraurosis vulvae. *Samml. klin. Vortr.* (*Volkmann*), 1894, N. F., n. 102 (*Gynakol.* n. 40), p. 167. — *Zeitschr. f. Geb. u. Gynak.*, 1894, Bd XXX, p. 290. — Berl. Klin. Woch., 1894, n. 32, p. 748. — Centralbl. f. Gyn. 1894, 13, p. 310.

Sanger. — Zur Aetiologie und operativen Behandlung der Vulvitis pruriginosa. Centralbkf Gynak., 1894, n. 7, p. 153. — Verhandl. der Geseks. f. Geb. w. gyn., Berlin, séance du 23 février 1894, in Zeitschr. f. geb. u. Gyn., Bd. XXX, p. 293.

Leiden. — Idem, p. 293.

Czempin. — Krauroris vulvae. *Verhandlungen der Gesells. f. Geb. u. Gyn., Berlin*, Séance du 23 février 1894, *in* Zeitschr. f. Gebart. u. Gyn., Bd. XXX, p. 294.

Olshausen. — Idem, p. 295.

Marocco. — Sulla craurosi dei genitale esterni. *Bull. d. Soc. Lancisiana. d. osp. di Roma*, 1895, XIV, fasc. 2, 98. 1900 et *Riforma, med. Napoli* 1894, X, 3, 798-800.

Longyear. — Kraurosis vulvae a contribution to its pathology and therapeutics. *Am. Journ. of Obstetr.*, 1895, XXXII, p. 823.

Herman. — Vaginismus and allied affections. Lancet, 1895, II, p. 1436.

Johnstone. — Trachom des Urogenitalkanals *Centralbl. f. gyn.*, 1895, p. 951.

Renicke. — Pruritus und kraurosis vulvae. Allg med. Centr. Ztg., 1895, LXIV, p. 97. — Med. chir. Centralblatt, 1893, XXX, p. 117.

Czempin. — Kraurosis vulvae. *Verhandl. der Gesellsh. f. Geb. u. Gynak., Berlin*, séance du 10 juillet, *in Zeitschr. f. Geb. u Gyn* , 1896, Bd. XXXV, p. 460.

Gordes. — Ein Fall von kraurosis vulvae. *Monatsschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1896, III, p. 305.

Neumann. — Ueber kraurosis vulvae. *Wien. Klin. Woch.*, 1896, n. 12, p. 211.

Peter. — Ueber kraurosis vulvae. Monats. f. Geb. u Gynäk., 1896, Bd. III, p. 297.

Phannenstiel. — Eine Vulva von 10 Tagen wegen kraurosis amputich Medic. Section d. Schlesischen Gesellsch. f. Vaterlano Cultur, séance du 28 février 1896, in Allgemeine med. Centralzeit, 1896, n. 36, 432. Centralblatt für Gynäkologie, 1897, p. 1535.

Pichevin et Pettit. — Sur le kraurosis vulvae. Semaine gynécologique, 1897, n. 7, p. 49.

Leroy des Barres. — Du kraurosis de la vulve. — Annales de gyn. et obst. Paris, août 1897, II, n. 15, p. 114-116.

Labusuqière. — Du kraurosis de la vulve. Semaine gynécologique. Paris, août 1897, II, n. 15, p. 114-116.

S. Pozzi. — Sténoses et atrésies acquises de la vulve et du vagin. Traité de Gynécologie, 1897, III édit., p. 1165.

Mars. — Kilka stowo marskosci przedsionka Sromowego (kraurosis vulvae). Przegl. lek., Krakow, 1898, XXXVII, 38, 50. Ein Beitrag zu kraurosis vulvae. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., 1898, Bd. VII, p. 616.

Veit. — Kraurosis vulvae. Handbuch der Gynäk., Wiesbaden, 1898, Bd. III, 1 Hälfte, p. 144.

Labadie-Lagrave et F. Legueu. — Art. kraurosis de la vulve, Traité méd. chirur. de gynécologie. Paris, 1900, p.

Porter. — Kraurosis vulvae. *Tr. Michigan M. Soc. Gr. Rapida*, 1898, p. 177.

Lauro. — Dell crauroti vulvare. *Ginec. et ostét. prat. Napoli*, 1898, I, p. 41.

Mac Gillavry. — Ein Fall von kraurosis vulvae mit Uebergang in Carcinom. Niederl. Gesellsch. f. Geburts, u. Gynäk., séance du 19 janvier 1898, *in* Centralbl. f. Gyn., 1898, n. 40, p. 1094.

Baldy et Williams.

Amér. Journ. of the méd. Scienc., 1899, p. 539.

Gebhard.

Pathol. Anatomie der Weibl. Sexualorgane, 1899.

Heller. — Ein Fall von kraurosis vulvae. Zeitschr. f. Geb. u. Gynak., Bd. XLIII, p. 120.

Perrin. — Contribution à l'étude de la leucoplasie vulvo-anale ; ses rapports avec le kraurosis.

Annal. de Dermatol. et de Syphiligr., janvier 1901, II, p. 21.

Himmelfarb. — Du kraurosis vulvae.

Annales de Gynéc. et d'Obst. 1900, II, p. 419.

Centralbl. f. Gynäk., 1901, n. 47, p. 1300.

Ewald.

New-York Med. Monats., 1901, XIII, p. 209.

Kreis. — Kraurosis and ulcus rodens vulvae. *Corresp. Blatt f. Schw. Aerzte*, 1902, XXXII, p. II.

Trespe. — Beitrag zur kraurosis vulvae. Archiv für Gynäk., 1902, Bd. LXVI, p. 321.

Darger. — Zur kenntniss der kraurosis vulvae Arch. f. Gynäk., 1902, Bd. LXVI, p. 637.

Rosenstein.

Monastsschr. f. Geb. u. Gyn., 1902, Bd XV, p. 167.

Jung. — Cancroid bei kaurosis vulvae, mit specieller Berücksichtigung der pathologisch, anatomischen Verhältnisse der letzteren. *Monatsschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1903, Bd. XVII, p. 985.

Balloch. — Pruritus vulvae and allied conditions Amer. Journ. Obstetr., 1903, XLVII, p. 613.

Szasz. — Ueber leukoplakische Veränderungen der Vulva, ihre Beziehung zur kraurosis derselben nebst zwei Fällen von vulvarcarcinom. *Monatsschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1903, XVII, p. 1020.

Stower. — An experience with the X-ray in kraurosis vulvae. *N.-Y. Med. Journ.*, 1903, LXXVIII, p. 179.

Parviainem.

Arb. a. d. Geb. d. Geburtsh. u. Gyn., Festschrift, Otto Engstrom, Berlin, 1903, p. 363.

Boursier. — Un cas de kraurosis vulvae. Journ. de Méd. de Bordeaux, 1904, XXXIV, p. 349.

Jung. — Zur Aetiologie der kraurosis vulvae. *Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn.*, 1904, Bd. LII, p. 13.

Allegrini. — Kraurosis vulvae. Riv. veneta di sc. med., 1904, XLI, p. 533.

IMPRIMERIE SPÉCIALE DE LA LIBRAIRIE G. JACQUES, PARIS.

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE